

Intervención psicológica desde la terapia racional emotiva conductual en un caso de consumo de sustancias psicoactivas

Dayana Caterine Palencia Salinas

Id. 000356957

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

2019

Intervención psicológica desde la terapia racional emotiva conductual en un caso de consumo de sustancias psicoactivas ⁱⁱ

Dayana Caterine Palencia Salinas

Id. 000356957

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Director del Proyecto

Jairo Ávila Lázaro

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

2019

Dedicatoria

iv

A mi madre por ser mi mayor inspiración de lealtad, paciencia y perseverancia, por acompañarme en cada reto que emprendo, por siempre estar a mi lado brindándome una voz de aliento y motivación; a mis hermanos por ser mis mejores compañeros de vida.

A mi esposo por su compañía, confianza, apoyo incondicional y lucha constante, por siempre acompañarme en cada paso que emprendo en de mi vida profesional, por sus palabras de motivación y de aliento, para hoy hacer realidad lo que hace dos años aproximadamente soñé.

A mi familia y amigos que han hecho posible mi formación como personal y profesional y a todos aquellos que me apoyaron en este proceso para realizar este proyecto.

Agradecimientos

v

Agradezco a Dios por darme la gran bendición de vivir para hacer realidad cada una de mis metas y poder escribir una historia, dejando huella en la vida de muchas personas.

Agradezco a la Universidad Pontificia Bolivariana y a todo el equipo de profesionales, por su compromiso incansable con la academia y la formación de una sociedad más humana, que me ha permitido ser cada día más profesional para continuar con amor en la profesión.

Agradezco al supervisor Jairo Ávila Lázaro, por su compromiso, dedicación, calidad humana y apoyo incondicional; para orientarme con paciencia hacia este sueño, que ahora es una realidad.

Tabla de Contenidos

vi

Introducción	3
Capítulo 1 Justificación	5
Capítulo 2 Marco teórico	7
Consumo de Sustancias Psicoactivas	7
Consumo de Cannabis	8
Consumo de SPA y familia	10
Intervención psicológica en consumo de SPA	15
Capítulo 3 Objetivos	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos	20
Capítulo 4 Metodología	21
Participante	21
Instrumentos	21
Procedimiento	23
Capítulo 5 Resultados	24
Análisis funcional	24
Familiograma	24
Descripción del caso	25
Problemáticas presentes	26
Clasificación de respuestas y variables	27
Impresión diagnóstica	29
Diagnóstico diferencial	30
Hipótesis de origen	31
Hipótesis de mantenimiento	31
Plan de intervención	31
Fase 1. Evaluación	31
Fase 2. Intervención	35
Fase 3. Seguimiento	41
Resultados de la intervención	41
Capítulo 6 Discusión	43
Capítulo 7 Conclusiones y Recomendaciones	46
Referencias	48
Apéndices	55
Apéndice A. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	55
Apéndice B. Consentimiento informado	56
Apéndice C. Historia clínica psicológica	57

Lista de tablas

Tabla 1. Clasificación de respuestas y variables..... 27

Lista de figuras

Figura 1. Genograma del caso JERD..... 24

Lista de apéndices

ix

Apéndice A. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	55
Apéndice B. Consentimiento informado.....	56
Apéndice C. Historia clínica psicológica.....	57

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Intervención psicológica desde la Terapia Racional Emotiva Conductual en un caso de consumo de sustancias psicoactivas

AUTOR(ES): Dayana Caterine Palencia Salinas

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Jairo Ávila Lázaro

RESUMEN

El presente documento expone la evaluación e intervención desde la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de un caso de un consultante de 17 años por consumo de sustancias psicoactivas, diagnosticado -según el CIE 10- con Trastorno Mental y del Comportamiento debido al uso de cannabinoides, con subtipo de Síndrome de dependencia; con énfasis en el mejoramiento de la funcionalidad familiar. Para la evaluación del caso se realizó la aplicación del inventario de ansiedad de Beck (BAI), así como una evaluación clínica mediante entrevistas y análisis funcional de la conducta; para la intervención se aplicaron técnicas de detección, refutación y discriminación de pensamientos; uso de auto registros; psicoeducación, y modelo ABC. Los resultados indican que el paciente disminuyó la frecuencia del consumo, logrando una notable modificación de los pensamientos irracionales y de su conducta, así como el mejoramiento de las relaciones entre los miembros de la familia y la dinámica familiar; con los progenitores reconociendo las falencias al instaurar la autoridad y ejercerla. Se concluye que el plan de intervención propuesto fue efectivo para el tratamiento del caso. Por ultimo, se recomienda realizar más estudios en el manejo de consumo de sustancias utilizando la terapia racional emotiva conductual, incluir un adecuado número de pruebas y/o escalas aplicadas pre y post, y ampliar el tiempo en los seguimientos.

PALABRAS**CLAVE:**

terapia racional emotiva conductual, sustancias psicoactivas, dinámica familiar

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychological intervention from the Behavioral Emotional Rational Therapy in a case of psychoactive substance use

AUTHOR(S): Dayana Caterine Palencia Salinas

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Jairo Ávila Lázaro

ABSTRACT

This document presents the evaluation and intervention from the rational emotive behavior therapy (REBT) of a case of a 17-year-old consultant for the consumption of psychoactive substances, diagnosed - according to the ICD 10 - with Mental and Behavioral Disorder due to the use of cannabinoids, with subtype of dependency syndrome; emphasizing the improvement of family functionality. For the case evaluation, the Beck Anxiety Inventory (BAI) was applied, as well as a clinical evaluation through interviews and functional behavior analysis; for the intervention techniques of detection, refutation and discrimination of thoughts were applied; use of self-records; psychoeducation, and ABC model. The results indicate that the patient decreased the frequency of consumption, achieving a notable modification of irrational thoughts and behavior, as well as the improvement of relationships between family members and family dynamics; with the parents recognizing the flaws when establishing the authority and exercising it. It is concluded that the proposed intervention plan was effective for the treatment of the case. Finally, it is recommended to conduct more studies in the management of substance use using rational behavioral emotional therapy, include an adequate number of tests and / or scales applied pre and post, and extend the time in follow-ups.

KEYWORDS:

Rational emotive therapy, psychoactive substances, family dynamics

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un problema de salud pública según lo plantea la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016). En Colombia dicho fenómeno ha tenido además repercusión en el ámbito social, pues según lo manifestado por el Observatorio de Drogas de Colombia (2019) se ha convertido en un problema crítico que va en crecimiento, no solo por la cantidad de consumidores sino por el mercado, que es cada vez más amplio y diverso. En este orden de ideas, el abuso de sustancias psicoactivas se hace más frecuente y se entiende como una progresión de sucesos que interactúan entre sí, identificándose como problemática según los efectos que tiene en la vida de la persona y sus relaciones en un determinado contexto social y cultural (Riveros y Garzón, 2014). En respuesta a dicha problemática, es importante resaltar que la familia es la institución que tiene una influencia bidireccional en la conducta del consumo (Hernández, Font y Gras, 2015), por lo cual es indispensable la participación activa de las familias en los procesos de aparición y tratamiento de la conducta.

El presente documento presenta la evaluación e intervención desde la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de un caso de un consultante de 17 años por consumo de sustancias psicoactivas, diagnosticado -según el CIE 10- con F12 Trastorno Mental y del Comportamiento debido al uso de cannabinoides; con subtipo de (F1x.2) Síndrome de dependencia.

El trabajo está conformado por siete capítulos: el primero de ellos presenta las bases teóricas en las cuales se fundamenta este trastorno y el modelo de terapia utilizado,

TRE; el segundo capítulo comprende la justificación; el tercer apartado los objetivos que han orientado la intervención; el cuarto capítulo expone las metodologías de intervención utilizadas, incluyendo el participante seleccionado, los instrumentos de evaluación y el procedimiento realizado para alcanzar los objetivos propuestos; el quinto apartado presenta los resultados de las intervenciones realizadas, socializando el análisis funcional del caso, el plan de intervención y los resultados de la intervención; el sexto capítulo comprende la discusión; y el séptimo apartado las conclusiones y las recomendaciones. Finalmente, se presentan las referencias, y por último se encuentran los apéndices.

Capítulo 1

Justificación

Según el último reporte ofrecido por el Observatorio de Drogas de Colombia (2019), se encuentra que el consumo de sustancias ilícitas ha aumentado, se estima que alrededor de tres millones de personas han consumido drogas ilegales alguna vez en el país. El aumento en la prevalencia del consumo se ha evidenciado principalmente en dos aspectos, el primero de ellos en el hecho de haber consumido alguna vez en la vida (de 8.8% a 12.2%), y el segundo, en el uso de las mismas durante el último año (de 2.6% a 3.6%). Además, en dicho reporte se concluye que la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo tanto en Colombia como en el resto del mundo puesto que del total de consumidores, el 87% consumen marihuana.

Por otro lado, según el Ministerio de Salud (MinSalud, 2017) se destaca que en población con edad escolar hay una mayor tendencia entre los consumidores de SPA a situaciones de riesgo, en comparación con aquellos individuos que no consumieron, encontrándose que el porcentaje de los sujetos que consumieron y tenían problemas familiares fue de 55,8%, y en aquellos que no consumieron y tenían dificultades familiares fue 34%. Así, se considera que la intervención familiar es relevante para el tratamiento de esta problemática en adolescentes, pues existen numerosos factores familiares que son considerados posibles factores de riesgo para el desarrollo de abuso de SPA, como son la conflictividad entre los padres y el adolescente, la falta de supervisión, la disciplina inconsistente, y la negligencia (Paya y Castellano, 2017).

De este modo, el presente estudio de caso posee relevancia a nivel profesional para el autor teniendo en cuenta que el consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un problema crítico que repercute en la salud pública y en lo social, situación que los psicólogos deben intervenir. Por tanto, los esfuerzos encaminados a la disminución de este fenómeno adquieren sentido aportando no solo al mejoramiento de la problemática en la sociedad colombiana, sino a las herramientas profesionales del psicólogo para el abordaje de estos casos, conociendo diversos enfoques y técnicas que deben ser comparadas para el perfeccionamiento de la intervención al paciente y el involucramiento de su núcleo familiar. En este caso, la utilización de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) permite identificar la evaluación que se hacen de los hechos y la forma en que se perciben, probando su efectividad al disminuir en gran porcentaje los pensamientos o creencias irracionales que ocasionan perturbación (Brusil, 2016).

Capítulo 2

Marco teórico

Las sustancias psicoactivas (SPA) o drogas son todas aquellas sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central, y ocasionan la experimentación de nuevas sensaciones y cambios en el comportamiento de la persona (Vásquez et al., 2014). Se destaca que el consumo de SPA se ha presentado durante lo largo de la historia y, ha sido una problemática de interés para diferentes grupos sociales, siendo el cannabis la sustancia más consumida en la actualidad (Barreto, 2015; Ramos, 2012). El consumo es generalmente iniciado en la etapa de la adolescencia, en la que el individuo se ve influenciado socialmente y por las relaciones paterno-filiales (Cárdenas, 2016). Para el tratamiento de dificultades de consumo, el modelo más efectivo es la terapia cognitiva conductual, entre estas la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) (Panlilio, Goldberg y Justinova. 2015). A continuación, se amplían los anteriores aspectos.

Consumo de Sustancias Psicoactivas

El consumo de Sustancias PsicoActivas (SPA) es reconocido como un problema de salud pública por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016). Autores como Canales, Díaz, Guidorizzi y Arena (2012) afirman que el fenómeno que se desencadena a partir de las drogas, se entiende a través la fabricación y el expendio de las mismas, además de su consumo como tal, por lo cual influye en la estructura social de diversas maneras. Gutiérrez y Hernández (2015) reconocen la complejidad que genera el SPA a nivel sociocultural y manifiestan que el sistema familiar

ejerce una influencia bidireccional en la conducta del consumo y puede generar daños físicos y mentales en los individuos.

Riveros y Garzón (2014) afirman que el uso abusivo de las sustancias psicoactivas puede entenderse como una progresión de sucesos que interactúan entre sí y que cuando se presenta es identificada como problemática en relación con los efectos que tiene en la vida de la persona y sus relaciones en un contexto social y cultural. Una de estas sustancias psicoactivas consumidas con frecuencia es el cannabis o cannabis sativa, como se conoce oficialmente, el cual es normalmente empleado o consumido en forma de marihuana, que se forma de las hojas secas y las flores; sin embargo, en la última década la cannabinoides sintética o sustratos herbales se han vuelto más prevalentes, los cuales normalmente son consumidos a través de inhalación (Panlilio, Goldberg y Justinova, 2015).

Consumo de Cannabis.

De acuerdo con Ramos (2012), el consumo de cannabis es un fenómeno recurrente en la sociedad actual y, contrario a diversos mitos o creencias populares, se considera que el consumo de esta sustancia no es dañino para la salud; sin embargo, se reconoce que, dependiendo de la dosis utilizada, el ambiente en el que se consume, y la experiencia del consumidor, pueden surgir efectos en las funciones psíquicas del individuo, como la aparición de ansiedad, disforia, síntomas paranoides y/o pánico. En este sentido, es importante relacionar la incidencia del consumo de cannabinoides con problemas que pueden repercutir en la salud mental, física y el desempeño social del individuo que la usa. De esta manera, Portero (2015) afirma que es indispensable conocer

la diferencia entre lo que se conoce como adicción y dependencia física, teniendo en cuenta que la primera hace referencia a una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores biopsicosociales y en la cual se manifiestan conductas que se relacionan con problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y deseo de consumo o lo que se reconoce como craving; por otro lado, la dependencia física se entiende como un estado de adaptación por un síndrome de abstinencia que responde a diversas causas como un cese repentino de la sustancia como tal o de la dosis y disminución de los niveles de sustancia en la sangre.

Por otro lado, se identifica que el abuso de sustancias, en concordancia con los criterios diagnósticos propuestos por la American Psychiatric Association (APA, 2014) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM V), implica patrones mal adaptativos del uso de la sustancia, lo cual genera problemas sociales y personales (Saunders y Latt, 2015). Por su parte, en la revisión realizada por los autores, el síndrome de dependencia responde a un síndrome psicobiológico que compromete bajo control del uso de la sustancia, tolerancia y síntomas de retirada (Vallejo y Leal, 2012) que se caracterizan por el continuo uso de la sustancia a pesar de consecuencias dañinas, lo cual en definitiva responde a aspectos neurobiológicos relacionados con estrés. Se encuentra que la dependencia que presentan los pacientes que consumen SPA se pueden clasificar en dos vertientes, según Vallejo y Leal (2012), las cuales se conocen como específica que se refiere a la psicopatología propia de la adicción y concomitante como la psicopatología que acompaña a la adicción.

Se identifica que, a través de los años, el uso mantenido de cannabinoides disminuye de forma natural; sin embargo, algunos de los problemas que pueden surgir debido a al consumo activo son bajo interés en actividades educativas, laborales o sociales, que con el tiempo pueden reflejarse en un abandono de estas (Ramos, 2012). Por su parte, según Ramos (2012) y Saunders y Latt (2015), se reconoce que el consumo ocasional puede ser peligroso, especialmente en personas jóvenes, ya que puede llevar a la cronificación del consumo y, de esta manera, a la aparición de psicopatologías; sin embargo, es interesante identificar que, pasados 10 años de consumo sin abuso, es menos probable presentar una psicopatología. Además de desarrollar un síndrome de dependencia o abstinencia, se reconoce que unos de los desórdenes que pueden surgir a partir del consumo abusivo de la sustancia son trastornos depresivos, cuadros de ansiedad, cuadros psicóticos, desórdenes bipolares, desorden del sueño, problemas de sueño, entre otros (Saunders y Latt, 2015; Wilens y Zulauf, 2014). En referencia a los desórdenes y trastornos desarrollados por el consumo de sustancias o que se encuentran en comorbilidad, especialmente el síndrome de dependencia, se identifica que uno de cada cinco consumidores puede ser diagnosticado con alguno de estos problemas y, en un grado más importante, al verse afectado el grado de conciencia de la persona, representa mayor dificultad poder lograr un control del uso de la sustancia (García, Aparecida, Titus, Almeida, Hayasi y Ribeiro, 2015).

Consumo de SPA y familia

Por otra parte, se identifica que el uso y abuso de sustancias psicoactivas se inicia en la etapa de la adolescencia cuando los individuos continúan conviviendo con su

familia de origen o familia de crianza; de esta forma se identifica que, según Cárdenas (2016) existen tres patrones por los cuales se inicia el consumo, uno en el que el adolescente se ve influenciado socialmente, otro en el que consume marihuana y se ve influenciado por pares y amigos directamente y el último en el que la causa se responde por las relaciones paterno-filiales. De igual manera Rowe (2013) reconoce que a lo largo de los años se ha comprobado la interdependencia entre el consumo de drogas y el funcionamiento familiar, por lo cual la participación de las familias en los procesos de aparición de la conducta y tratamiento es indispensable. Es así como se reconoce la relevancia de comprender y analizar la incidencia que tiene la familia en la aparición de conducta de consumo, así como factores protectores para contrarrestar las consecuencias y la importancia que tiene la familia en el tratamiento del individuo cuando se presentan problemas de salud mental, física y dificultades a nivel social.

La familia se identifica como una estructura social que se forma a partir de procesos interrelacionales en los cuales existen vínculos de consanguinidad y/o afinidad y afecto entre los miembros que la constituyen (Arévalo, 2014) y, así mismo, según Gallego (2012) este sistema de relación se desarrolla en la esfera biopsicosocial que conecta entre el individuo y la sociedad, manifestándose a través de diferentes uniones como el matrimonio o lazos de consanguinidad, entre otros. Se entiende que, si bien la familia surge como un fenómeno social natural, son factores como el apoyo y el cariño, lo que aportan la cohesión de las personas involucradas. Debido a las características particulares de cada familia, se construye una estructura única que influye directamente en los procesos individuales de cada parte del grupo, que a su vez genera factores de

riesgo o factores protectores que funcionan como herramientas de afrontamiento para el individuo. Es importante reconocer, según Gallego (2012), que la relación entre los miembros de la familia se da en un marco de normas y límites establecidos previamente de manera implícita o explícita.

En una investigación realizada por Fuentes, Alarcón, García y Gracia (2015) con una muestra de 628 participantes en edades entre 15 y 17 años que consumían cannabis y/o alcohol, se encontró que los adolescentes que tenían un modelo de crianza tolerante, mostraban menos consumo en comparación con aquellos participantes que tenían un modelo de crianza autoritario y negligente. De esta forma, se evidencia la importancia del modelo de crianza establecido por los padres frente a la disposición a iniciar conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes de la familia

De igual manera, estudios realizados por Aguirre, Aldana y Bonilla (2016) en una región rural de Colombia con una muestra de 173 participantes en edades entre 15 y 18 años, evidenciaron que en relación al consumo, los participantes que muestran mayor nivel de consumo hacen parte de una familia nuclear, seguido de estudiantes que se encuentran en una familia monoparental y, finalmente, quienes presentan menor nivel de consumo de SPA, participantes que conviven con su familia extensa; encontrando también que aquellos jóvenes que conviven con sus padres juntos, sea en unión libre o matrimonio, tienen una mayor preferencia por consumo de cigarrillo, alcohol y marihuana, comparado con otras sustancias; sin embargo Becoña et al. (2012) evidenciaron que los adolescentes de familias reconstituidas o monoparentales presentaron una mayor predisposición al consumo de drogas ilegales, encontrando que al

atravesar crisis no normativas como separación o divorcio se encuentra mayor riesgo a iniciar conductas relacionadas con consumo.

Por otra parte, en una investigación llevada a cabo por Canales et al. (2012), se reconoce como un factor de riesgo para consumo de SPA, tener una dinámica disfuncional dentro de la familia, en el que no hayan normas establecidas, existan jerarquías autoritarias y haya poco o nulo sentido de solidaridad, comprensión y comunicación entre los miembros, ya que estos aspectos crean conflictos internos generando desintegración del núcleo y tensión en los miembros, repercutiendo en su conducta tanto dentro del contexto familiar como fuera de él. Hernández, Font y Gras (2015), encontraron que un joven tiene predisposición a convertirse en policonsumidor cuando un miembro referente de su familia ha tenido historial de serlo o lo es actualmente; es así que se comprueba la teoría de aprendizaje de Bandura (1987), en la que existe un modelo de comportamiento, en este caso, los padres o figuras de autoridad para sus hijos o los integrantes más jóvenes del sistema.

Revisando las anteriores investigaciones y sus respectivos hallazgos, existen diferentes características del funcionamiento familiar que inciden de manera relevante en el consumo de drogas de los hijos. Estos aspectos son los modelos de crianza, la estructura familiar y en nivel de funcionamiento que construyen (Becoña et al., 2012). Así mismo, Canales et al. (2012) y Aguirre, Aldana y Bonilla (2016) afirman que los factores de riesgo a nivel del sistema familiar se relacionan con una desorganización familiar, poca relación entre los miembros, problemas afectivos en el hogar, ausencia de los padres, problemas en el manejo de situaciones familiares, no tener claridad de las

expectativas, falta de control, ambivalente manejo de disciplina, conflictos conyugales, aprobación del uso de sustancias psicoactivas, sean legales o ilegales.

Además de los factores de riesgo familiares para que se presenten conductas de consumo, Canales et al. (2012), se refiere a una influencia individual, influencia a nivel de grupos sociales y de pares, así como influencia en los entornos educativos como factores de riesgo adyacentes e igualmente relevantes en conductas de consumo. De igual manera, Aguirre, Aldana y Bonilla (2016), afirman que entre los factores externos a la familia que influyen en el consumo se pueden identificar el fracaso escolar, dificultad para la integración social, bajo seguimiento de normas sociales, entre otras relacionadas con conductas antisociales.

En este sentido y, de acuerdo a los autores anteriormente revisados, Castillo, Pérez y Rábago (2018), consideran que la familia tiene un papel muy importante en el uso y abuso de las sustancias, indicando que las relaciones diádicas de las personas que presentan problemas de adicción son una repetición del núcleo familiar originario, en los cuales se tiende a repetir los roles y la interacción que fueron vistos en el progenitor o figura del sexo opuesto y, además de ello, se hace evidente a través de los resultados encontrados que el uso de drogas, principalmente cuando inicia en la adolescencia, parece verse más influenciado por la relación padre-hijo que por cualquier otro factor social o personal. En el caso de los adultos, las tensiones familiares o de pareja son más influyentes para la presencia de consumo o consumo abusivo (Rowe, 2013).

Intervención psicológica en consumo de SPA

Finalmente, en correspondencia con el tratamiento y atención que se brinda a las personas que presentan un trastorno por abuso de drogas o síndrome de dependencia, autores como Aguirre, Aldana y Bonilla (2016), García et al. (2015), Rowe (2013), Panlilio, Goldberg y Justinova (2015) y Cárdenas (2016), resaltan la importancia de involucrar activamente a las familias en la intervención de la persona que consume y ha generado dichas consecuencias. Panlilio, Goldberg y Justinova (2015), afirman que los modelos más efectivos para el tratamiento de problemas relacionados con consumo son modelos que incluyen terapia cognitivo-conductual, terapia motivacional, manejo de contingencias y terapia familiar.

Por su parte, Rowe (2013) y Cárdenas (2016) realizan un compendio de los modelos de terapia familiar más efectivos para el tratamiento de drogodependencias y consumo abusivo, encontrando entre estas la terapia familiar multidimensional, terapia multisistémica, intervenciones ecológicas, terapia familiar funcional, terapia familiar estratégica breve y modelos de terapia familiar integradora. Teniendo en cuenta que cada uno de estos modelos cuenta con sus propias técnicas particulares, así como diferencias respecto al planteamiento de objetivos o metodología, es apreciable conocer que en cada una de ellas se buscan generar cambios funcionales en la dinámica familiar, capacitar a la familia respecto a la sustancia, su uso y aspectos relacionados con la misma, así como formarla sobre la situación o el síndrome por el que el individuo está atravesando, por lo cual estos modelos de terapia han mostrado mayor efectividad en la intervención de

drogo-dependencias o problemas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas, sean legales o ilegales.

Pese a lo anterior, está demostrado que, dentro de las intervenciones empíricamente validadas en el tratamiento de adicciones, las que se encuentran enmarcadas dentro del modelo cognitivo-conductual son las de mayor eficacia, tanto en formato grupal como individual (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, NIDA, 2010; Llorente del Pozo & Iraurgi, 2008). Sin embargo, según el mismo manual, se afirma que dicho modelo reduce el consumo de sustancias y mejora las relaciones familiares a corto plazo, por lo cual es mayormente propenso a las recaídas, a lo que se recomiendan programas de seguimiento que procuren la consolidación de los cambios obtenidos durante el tratamiento (Becoña et al., 2010).

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

Dentro del modelo cognitivo-conductual, se hace el abordaje de intervención psicológica a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) propuesta por Albert Ellis (1981) debido a que este tipo de terapia se ha especializado en los procesos de auto-ayuda con el objetivo de que el paciente se auto-actualice para minimizar sus problemas emocionales y las conductas contraproducentes para el disfrute de una existencia más llena y feliz, además, esta terapia se propone ayudar a la gente pensar más racionalmente; sentir de forma más apropiada; y actuar más funcionalmente. En este orden de ideas, resulta relevante hacer la definición de los conceptos principales que se encuentran en la base de la presente terapia, tales como pensamientos racionales, sentimientos convenientes y actos y conductas inconvenientes o auto-destructivas.

En un primer momento, la TRE define los *pensamientos racionales* como aquellos que le permiten a la persona vivir más tiempo y más felices, en términos de poder establecer por sí mismos valores, propósitos, metas e ideales y al mismo tiempo le permitan utilizar formas eficaces para alcanzar dichos valores o metas evitando resultados contradictorios o contraproducentes (Ellis y Grieger, 1981). En un segundo momento, los *sentimientos convenientes*, son aquellas emociones que ante los deseos humanos que se ven frustrados o bloqueados, ayudan a minimizar o eliminar dichos bloqueos, estas emociones pueden ser de tipo negativo como el dolor o positivo como la felicidad, se diferencian de los sentimientos inconvenientes en la medida en que estos últimos no minimizan la frustración en los sujetos, sino que por el contrario hacen de las circunstancias que normalmente son molestas, mucho más molestas en lugar de favorecer la superación del suceso (Ellis y Grieger, 1981). Finalmente, se definen las *conductas inconvenientes* como acciones que interfieren seria e inútilmente en la vida de las personas, estas acciones tienden a estar en contra de los intereses de las mayorías y los grupos sociales, por lo que son contraproducentes para el sujeto mismo y dañinos socialmente (Ellis y Grieger, 1981).

La Terapia Racional Emotiva es conocida por el esquema ABC en la cual Ellis (1984) explica que cuando un sujeto se propone determinada meta, aparece A que corresponde a determinados activadores o acontecimientos que generan malestar, a su vez se genera B que se trata de los pensamientos que se generan a partir de A, que pueden ser irracionales que generan bloqueo en el sujeto dando como consecuencia a C que son

conductas contraproducentes que impiden el alcance de la meta deseada, es decir, Ellis plantea que la C resulta principalmente de la B más que de A.

Por otra parte, tal como se afirma en el estudio de Brusil (2016) el tratamiento debe adecuarse a las características del paciente y a sus necesidades específicas, no existe un tratamiento de abuso de sustancias adecuado para la totalidad de la población, a pesar de que la evidencia en la literatura demuestra mayor efectividad en unos más que otros. También, es necesario evaluar el tipo de tratamiento que el paciente pueda y esté dispuesto a acceder, debido a que se diferencian cuatro principales tipos que son: a). la terapia individual ambulatoria, b). la asistencia a centros día, c). internados y d). grupos de auto-ayuda, dicha evaluación, debe realizarse con el objetivo de no interferir en los ámbitos económicos, laboral o escolar del paciente (Brusil, 2016).

En este sentido, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2002) sugiere el tipo de tratamiento según el grado de cronicidad del paciente puesto que en los centros de intervención para el consumo se puede brindar la atención integral que el paciente requiera, también se hace referencia al costo que conlleva permanecer en dichos centros, por lo cual se sugiere el uso de diferentes servicios de tratamiento por subgrupos según los alcances de los establecimientos que presten este tipo de servicios. En relación a esto, Hernández (2010) afirma que el tratamiento ideal para el paciente es el menos restrictivo posible siempre y cuando sea seguro y eficaz, además afirma que se ha confirmado la eficacia del manejo ambulatorio sobre el residencial sin desconocer la necesidad que tienen algunos pacientes de este último, todo depende de la capacidad de abstenerse del paciente, el nivel de cooperación y autocuidado.

Finalmente, se concluye que la terapia cognitiva es el enfoque preciso para tratar la conducta adictiva, y dentro de estas la Terapia Racional Emotiva Conductual, ya que comprende la adicción como un aprendizaje adquirido y trabaja sobre la modificación de conductas (Bedoya y Orozco, 2019). Para esto, se emplean diversas técnicas como la teoría del A-B-C, buscando el cambio de pensamiento irracional a pensamiento racional y adaptativo (Domingo, 2015; Domingo, 2017).

Capítulo 3

Objetivos

Objetivo general

Implementar un plan de intervención psicológica desde la Terapia Racional Emotiva Conductual en un caso de consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos

Identificar las conductas problemáticas mediante un proceso de evaluación conductual.

Fortalecer la dinámica relacional y las redes de apoyo en el grupo familiar que contribuyan a la disminución del consumo de sustancias psicoactivas

Evaluar los resultados del proceso de intervención respecto a la dinámica y funcionalidad familiar en concordancia con la disminución del consumo.

Capítulo 4

Metodología

Participante

Estudio de caso único. Para esto, se seleccionó uno de los 10 consultantes atendidos durante el proceso de práctica, teniendo en cuenta criterios como cumplimiento, permanencia en el proceso terapéutico, compromiso y acompañamiento del núcleo familiar. El consultante elegido fue un adolescente de 17 años, de género masculino y ocupación de estudiante, consumidor de cannabis.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer 1988; validado al español por Sanz & Navarro, 2003). Escala auto aplicada que mide el grado de ansiedad en la semana previa a la aplicación, consta de 21 ítems y tiene una escala de cuatro puntos, constituida por "En absoluto", "Levemente", "Moderadamente", y "Severamente" (Apéndice A). Dentro de los 21 ítems, 6 se relacionan con síntomas somáticos vegetativos y los otros 15 con síntomas psicológicos y cognitivos. Para su calificación, se asignan valores de 1 a 3 (sin tener en cuenta la opción de "nada en absoluto") a cada ítem y se suman obteniéndose una puntuación total, la cual puede ir de 0 a 63 puntos; las puntuaciones se distribuyen de esta forma: 0 y 7 nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 ansiedad leve, de 16 a 25 moderada y de 26 a 63 como grave.

Autorregistro. Se trata de formatos de auto-llenado en los cuales entre sesiones se le pide al paciente identificar y registrar pensamientos, fantasías, sentimientos y

conductas. Además, se le pide registrar la intensidad, frecuencia y duración de sus síntomas con la finalidad de entrenar al paciente en la identificación de los pensamientos que inducen las reacciones (Golden, 1990).

Consentimiento informado. Documento legal basado en la Ley 1090 de 2006 que informa sobre el proceso de intervención, así como sus los riesgos, posibles beneficios, etc., y registra la aceptación voluntaria del consultante para su participación en el proceso de intervención, teniendo en cuenta la información que le fue suministrada con respecto al proceso (Apéndice B).

Historia clínica psicológica. Herramienta o documento que registra la información y las valoraciones acerca de un paciente, su problemática y su evolución a lo largo del proceso terapéutico (Apéndice C).

Por otro lado, se destaca que no se utilizó una prueba psicométrica relacionada con el consumo de sustancias ya que en el momento de la valoración inicial, el consultante refiere desear mejorar el funcionamiento con los miembros de su núcleo familiar, pues aunque evidenciaba el consumo como su problema, su principal malestar surgió por la disfuncionalidad en el entorno familia. Es por esto que dentro del proceso terapéutico se busca fortalecer la red de apoyo que coadyudara en el proceso de desintoxicación, el cual se activó paralelamente al momento de iniciar el proceso psicológico.

Procedimiento

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en 12 sesiones distribuidas en un lapso de 4 meses. Este proceso se desarrolló en tres fases:

Fase 1: Evaluación. Dentro del proceso terapéutico, se desarrollaron tres sesiones de evaluación, en las que se firmó el consentimiento informado y se realizó la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck, así como una entrevista con los progenitores con el objetivo de conocer los roles familiares y patrones de crianza.

Fase 2: Intervención. Se realizaron seis sesiones con el paciente, en las cuales se logró mayor funcionalidad en su grupo familiar y disminución del consumo de SPA, utilizando técnicas como autoregistros, reestructuración cognitiva, teoría A-B-C; asimismo, se llevaron a cabo dos sesiones de psicoeducación con los progenitores sobre adecuadas pautas de crianza y dinámica familiar con el fin de realizar procesos de mediación con el progenitor, toda vez que mantenía relaciones conflictivas por los patrones de crianza establecidos en el adolescente.

Fase 3: Seguimiento. Se desarrolló un mes después con el paciente y los padres de familia. En esta fase se preguntó por la frecuencia del consumo en el momento actual, elementos de la dinámica familiar como la comunicación y la relación entre los miembros y el manejo de la ansiedad y toma de decisiones por parte del paciente. Asimismo, se le brindaron estrategias para el mantenimiento de los cambios, como la psicoeducación sobre cómo afrontar las recaídas.

Capítulo 5

Resultados

Análisis funcional

Familiograma.

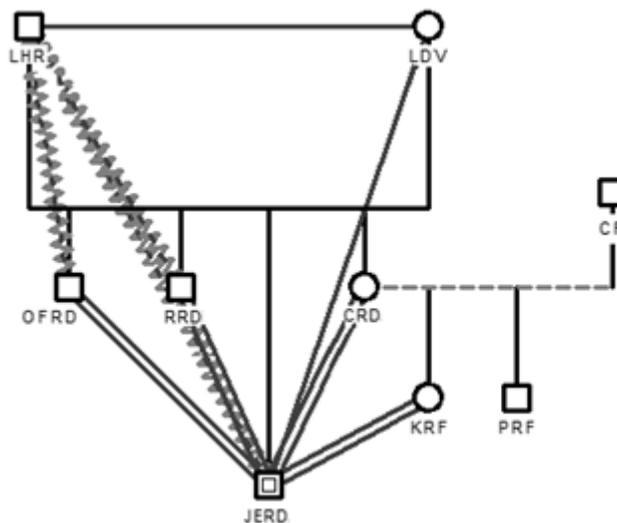


Figura 1. Genograma del caso JERD. El genograma representa la composición de la familia del consultante índice y las relaciones predominantes con algunos miembros.

Consultante masculino JERD de 17 años, proveniente de familia nuclear, progenitores con estado civil casados por ritual católico, de cuya unión hay cuatro hijos; de estos, CRD tiene hogar conformado, RRD se encuentra prestando el servicio militar hace aproximadamente cuatro meses, mientras que OFRD y JERD aún se encuentran en el entorno hogar. Dentro del proceso de relacionamiento del grupo familiar, existen relaciones conflictivas entre el progenitor y los tres hijos varones debido al carácter rígido y las conductas de autoridad ejercidas en el proceso de crianza con sus hijos; el paciente mantiene relaciones cercanas con los hermanos, quienes apoyan de una manera

asertiva el proceso terapéutico en el que se vinculó el adolescente; sin embargo, en atención a las situaciones jurídicas en las que se ha visto involucrado debido al porte y consumo de sustancias psicoactivas, se inicia a presentar relaciones conflictivas con RRD, evidenciándose distanciamiento y escasa comunicación. Como red de apoyo, se denota la relación con la progenitora LDV, quien ha apoyado de una manera positiva al grupo familia.

Descripción del caso.

Consultante masculino JERD de 17 años, proveniente de familia nuclear, que refiere consumo de marihuana desde hace tres años, indicando que la primera vez que consumió lo hizo por influencia de su hermano RRD (18), quien tuvo consumo por tres años. Manifiesta que durante el día consume seis veces. Se encuentra vinculado al SAT, cursando ciclo dos (8° y 9°) los viernes y sábados; el tiempo restante se dedica a trabajar al jornal. Desde los ocho años, aproximadamente, salió a realizar labores del campo dentro de las propiedades de sus padres; desde el año pasado, viaja a diferentes veredas para trabajar y generar ingresos, toda vez que el progenitor no reconoce su trabajo, ni le suministra recursos para satisfacer sus necesidades, indicando que con dicho dinero igualmente se da la compra de sustancias psicoactivas. Con relación a la dinámica familiar, reconoce a la progenitora como una persona amorosa, cariñosa y comprensiva, sin embargo, permisiva; tiene dos hermanos y una hermana, mayores de edad, de los cuales solo convive con uno de ellos, quien también presentaba consumo de sustancia psicoactivas, y el otro en la actualidad se encuentra prestando el servicio militar en el

ejército nacional (refiriendo que en la actualidad no consume). Indica que antes de presentarse el consumo, el proceso de relacionamiento era distante y conflictivo con sus hermanos, para después fortalecer su comunicación, ya que en la misma finca tenían sembrados de matas de marihuana, la cual los tres usaban para el consumo. El proceso de relacionamiento con el progenitor es conflictivo, mencionando que desde su infancia se ha presentado agresiones físicas y verbales, situación que puede ser un factor de mantenimiento del consumo. No se evidencia figura de autoridad ni existen normas ni límites en el hogar, desde muy temprana edad todos los integrantes del grupo familiar han sido independientes.

Problemáticas presentes

A continuación, se expone el listado de algunas problemáticas del consultante que favorecen el consumo de spa:

- Relaciones conflictivas con el progenitor.
- Disfuncionalidad en la dinámica familiar.
- Inadecuados proceso de comunicación entre los miembros de la familia.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Sentimientos de rencor con el progenitor.
- Roles no adecuados.
- Carencia de normas y límites en el entorno hogar.
- Progenitores permisivos.
- Progenitores con patrones violentos de castigo

- Relacionamiento con pares negativos.
- Sensación de abandono.
- Consumo de Sustancias Psicoactivas (Marihuana y Clonazepam).
- Antecedentes de cutting.

Clasificación de respuestas y variables

La tabla 1 expone las respuestas conductuales problemáticas del consultante, y algunas situaciones o variables relacionadas con la dinámica familiar que influyen en estas. Si bien se presentan en relación uno a uno, se destaca que un solo aspecto no es determinante para cada problemática, sino que se trata de aquella que mayormente se destaca según lo relatado y observado en el caso.

Tabla 1. Clasificación de respuestas y variables.

<i>RESPUESTAS</i>	<i>VARIABLES</i>
Inicio del consumo de sustancia psicoactiva.	Modelamiento de la conducta del hermano.
Consumo de Sustancia Psicoactiva.	Relaciones conflictivas con el progenitor.
Discusiones constantes con el progenitor.	Inadecuada identificación de la figura de autoridad.
Relacionamiento con pares negativos.	Permisividad de los progenitores.
Violencia física y psicológica contra el joven.	Inadecuadas medidas correctivas.

Llegadas tardes al entorno hogar.	Carencia de normas y límites en el entorno hogar.
Deserción escolar.	Escasas oportunidades que brindan los progenitores.
Vinculación a las actividades del campo.	Exigencia del progenitor para que el adolescente asuma los gastos de sus necesidades básicas.
Conductas desafiantes en contra del progenitor.	Identificación de violencia intrafamiliar y escasa influencia en el proceso educativo del adolescente.
Aislamiento.	Inadecuados procesos de comunicación con los progenitores.
Síndrome de abstinencia.	Pensamientos suicidas.

Según lo mencionado se destaca que una de las variables que propiciaron el inicio del consumo de spa fue el modelamiento de la conducta del hermano RRD, al igual que las relaciones conflictivas con el padre propian su continuo consumo. Dentro de la dinámica familiar, la permisividad de los progenitores, las inadecuadas medidas correctivas, la carencia de normas y límites en el entorno hogar, las escasas oportunidades que brindan los progenitores, la identificación de violencia intrafamiliar y escasa influencia en el proceso educativo del adolescente, y los inadecuados procesos de comunicación con los progenitores, han contribuido a algunas conductas como las

discusiones constantes y conductas desafiantes con el progenitor, el relacionamiento con pares negativos, la violencia física y psicológica contra el joven, la deserción escolar y el aislamiento.

Impresión diagnóstica.

Según el CIE-10, F12 Trastorno Mental y del Comportamiento debido al uso de cannabinoides; con subtipo de (F1x.2) Síndrome de dependencia.

Según la sintomatología presentada por el consultante y utilizando el Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales, Quinta Edición (2014), se logró constatar el cumplimiento de los siguientes criterios diagnósticos en el consultante:

A. Patrón problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.

Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.

Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.

Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.

El cumplimiento de los anteriores criterios diagnósticos son suficientes para dictaminar un trastorno por consumo de cannabis moderado, teniendo en cuenta que se cumplen cinco síntomas (American Psychiatric Association, APA, 2014).

Diagnóstico diferencial.

Se establece un diagnóstico diferencial respecto a otras patologías, teniendo en cuenta que frecuentemente se cumplen criterios de varios trastornos que presentan características comunes. Entre estos se encuentra el consumo no problemático de cannabis, ya que puede dificultarse la distinción entre los dos a causa de los problemas que pueden atribuirse al consumo, sean sociales, de comportamiento o psicológicos; además, en ocasiones se niega un consumo intenso de cannabis y que este relacionado con otras problemáticas o los cause. Por otro lado, los síntomas producidos por el consumo de cannabis se asemejan a aquellos presentados en los trastornos primarios, como la ansiedad y la distimia -debido a la falta de motivación persistente (APA, 2014).

Teniendo en cuenta lo anterior, se destaca que en este caso la problemática principal está asociada con el consumo de cannabis por un periodo mayor a tres años; asimismo, la cantidad, la severidad e intensidad de los síntomas en este caso no aplica para ser considerado algún trastorno primario.

Hipótesis de origen.

Relaciones conflictivas con el progenitor e inadecuados procesos de pautas de crianza, lo que ha desencadenado disfuncionalidad familiar y están asociados al mantenimiento del Dx. Trastorno Mental y del comportamiento debido al uso de cannabinoides: síndrome dependencia, con evolución de tres años.

Hipótesis de mantenimiento.

La problemática del consultante es mantenida por la falta de comunicación con el progenitor, las agresiones físicas y psicológicas ejercidas en contra del adolescente, el relacionamiento con pares negativas, y la dificultad para identificar la figura de autoridad.

Plan de intervención

Los objetivos terapéuticos planteados son:

- Fortalecer la red de apoyo y mejorar la dinámica familiar del consultante.
- Disminuir el consumo de sustancias psicoactivas por parte del consultante.

Fase 1. Evaluación.

A continuación se presentarán los resultados de las sesiones aplicadas para la evaluación del paciente, así como los objetivos de sesión y las técnicas utilizadas.

Motivo de Consulta: “Yo quiero dejar de consumir, yo he intentado, duro un tiempo y casi siempre por influencia de mis amigos vuelvo y reincido en el consumo”

Objetivo de sesiones: Evaluar la dinámica psicosocial y familiar.

Técnica Utilizada: Diálogo Socrático, Entrevista semi- estructurada

Actividades Desarrolladas en Sesión: Historia Clínica, Valoración Psicológica.

Sesión 1: Se indaga por el motivo de consulta e información personal, social, laboral y familiar del consultante. Como motivo de consulta refiere que desde hace tres años consume sustancias psicoactivas, especialmente marihuana, con una frecuencia de seis veces por día, además menciona que consumió clonazepam en una ocasión; sin embargo, menciona que su malestar principal se relaciona con sus relaciones familiares, las cuales son el principal predisponente de la conducta de consumo, refiriendo querer mejorar el funcionamiento con los miembros del núcleo familiar. Se obtiene información sobre la dinámica familiar. Dentro de la sesión se le aplica el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), encontrando una puntuación de 16 para un nivel de ansiedad leve, con sintomatología como miedo a perder el control, inquieto, mareado, incapaz de relajarse.

Paralelamente al proceso terapéutico, se le sugiere al paciente valoración por psiquiatría para iniciar proceso por desintoxicación. Además, teniendo en cuenta lo expresado frente a la dinámica familiar, como objetivo se busca fortalecer la red de apoyo familiar. Se cita a los progenitores para la siguiente sesión.

Sesión 2: Se realiza entrevista con la progenitora en relación con la dinámica familiar, quien indica que su trato con sus hijos ha sido por igual; sin embargo, refiere que el padre siempre se muestra agresivo en el trato, refiriéndose a sus hijos con palabras soeces, mencionando que incluso en ocasiones el trato de él con ella es igual. Menciona: “nosotros tenemos dos casas y dos fincas que es donde trabajamos, trabajamos dentro de

ellas y lo único que nos aporta es el mercado, para satisfacer las otras necesidades básicas debemos salir a trabajar a lugares diferentes”. Al indagar sobre la figura de autoridad en el hogar, menciona que no existe pues como suplen gran parte de las necesidades, salían e ingresaban de la vivienda cuando él deseaba, no existían normas ni límites. La progenitora no tenía conocimiento del tiempo real del consumo del adolescente, ni de las relaciones sociales del mismo, ya que durante gran parte del tiempo se ha dedicado a trabajar dejando de lado la importancia de la crianza; a razón de estas situaciones, el adolescente tenía semanas o meses en que permanecía solo en la vivienda, realizando labores del campo; sus padres le suministraban mercado, razón por la cual JERD se adaptaba a las circunstancias.

Se realiza entrevista con el progenitor, quien menciona que el proceso de relacionamiento con su hijo es escaso y distante, toda vez que se presentan conflictos constantes por las diferencias que existen, especialmente por las actividades del campo. Niega que conocía la evolución del consumo de JERD, menciona que realiza aportes para el sostenimiento del hogar, pero en mayor parte quien ha influido de manera significativa en el cuidado y crianza del menor es la progenitora. Dentro del entorno hogar existen escasas normas y límites, toda vez que gran parte del tiempo se han dedicado a las labores del campo, a las cuales el adolescente también se encuentra vinculado.

Aunque no ejercía de una manera constante la autoridad en el hogar, siempre se mostró rígido, ante las decisiones que tomaba con relación al trabajo; sin embargo, ante el proceso educativo del adolescente siempre estuvo la figura ausente. Tiende a tomar modelos de crianza de su infancia, pues indica que desde muy temprana edad se vinculó a

las actividades del campo para aportar para el sostenimiento del hogar y escasas oportunidades de estudio, modelos de crianza replicados en el hogar.

Sesión 3: Se da inicio la sesión preguntándole al consultante como se ha sentido y si el consumo de sustancias psicoactivas se presenta con la misma frecuencia, menciona que desde el día que fue aprendido por las autoridades policiales, no ha presentado consumo, pero si pensamientos y el deseo persistente de consumir, especialmente cuando termina las labores del campo y se torna cansado. Ha disminuido el apetito y el dolor de cabeza constante. Al indagar sobre qué tipo drogas ha consumido, indica que como en el hogar no existían normas y límites, el ingresaba y salía cuando deseaba; hace aproximadamente un año y medio conoció un muchacho que vive cerca de la finca, quien consumía, acercándolo a un círculo social de amigos consumidores, con quienes compartía parte del tiempo, y quienes le proporcionaron pepas y bóxer en una ocasión y con más frecuencia marihuana.

Refiere que el progenitor desde su infancia ha emitido conductas de violencia hacia ellos y su progenitora, en las que ha observado y ha sido víctima de estas situaciones, indicando “solo nos grita que no servimos para nada y ayudándole en la finca”, se presentan confrontaciones constantes y proceso de relacionamiento conflictivo. Hace aproximadamente dos años, durante seis meses estuvo a cargo de la finca, ausentándose los progenitores, momento en que aumentó el consumo, el cual se daba dentro de la misma vivienda. Refiere haber presentado conductas de cutting hace aproximadamente dos años mientras se encontraba disminuyendo el consumo de

sustancias psicoactivas, situación que sucedía cuando tenía altos niveles de ansiedad; sin embargo, es una conducta que no está presente desde ese momento. Igualmente, hace aproximadamente cuatro meses presentó pensamientos suicidas durante el lapso de tiempo que por iniciativa propia decide disminuir el consumo, ante esto, el consultante reincide en el consumo y no se vuelve a presentar la ideación.

Se realiza retroalimentación sobre los resultados de las pruebas.

Fase 2. Intervención.

Objetivo de sesión: Evaluar con el consultante los pensamientos automáticos en frecuencia, intensidad y ventajas y desventajas.

Sesión 4: El consultante refiere que fue valorado por el área de psiquiatría, en el que se le realiza el diagnóstico de Trastorno mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoides: síndrome de dependencia (F122), medicado con sertralina 50 mg una vez por día, y levomepromazina en gotas en los momentos de altos niveles de ansiedad; además, es remitido a educación grupal en salud por trabajo social. Así mismo, refiere que a nivel familiar ha presentado conflictos constantes con el progenitor, lo que ha ocasionado pensamientos de reincidir en el consumo y de abandonar el proceso.

Con la finalidad de que el paciente reconozca sus pensamientos automáticos y los diferencie de las emociones que experimenta, se realiza psicoeducación sobre dichos conceptos, usando la metáfora como medio para favorecer la comprensión del paciente sobre el concepto de rumiación cognitiva y la influencia que tiene este estado sobre las propias emociones. Por último, se envían formatos de autorregistro como tarea.

Objetivo de sesión: Enseñar la conexión BC, incorporando la relajación, el entrenamiento en asertividad y el entrenamiento en habilidades de comunicación con la clásica estrategia TREC para confrontar las creencias irracionales.

Sesión 5: Se inicia la sesión preguntándole al consultante como se ha sentido, refiere que presentó un episodio de ansiedad por consumo de sustancias psicoactivas, por ende, siguió las recomendaciones del psiquiatra de tomar la sertralina; sin embargo, comenta que no se sintió bien, presentándose mayor ansiedad e inclusive presentando alteraciones en sus patrones de sueño: *“Uno es como con sueño y me tome las gotas y me dio un desespero”*. Ante lo anterior, y por iniciativa propia, el paciente abandona el medicamento y a su vez los controles por psiquiatría, por lo que no se da adherencia al tratamiento. Dentro del proceso terapéutico, se inicia además psicoeducación sobre la importancia del proceso psiquiátrico y de desintoxicación.

Igualmente, presenta auto registro en el cual se evidencian creencias irracionales, gran parte derivadas de problemas conflictivos con el progenitor. Además, el consultante expresa el deseo de mejorar la relación de comunicación con el progenitor y reconoce que gran parte de los conflictos y momentos de ira los evidencia cuando se le da una orden o cumplidos por parte de este. Por ende, se le muestran al consultante diferentes situaciones, para demostrarle que las otras personas no causan los sentimientos, tomando como punto de referencia al progenitor y el contexto en que se encuentran. Para lo anterior se utilizaron técnicas de detección, refutación y discriminación de pensamientos; seguidamente, se le recordó al consultante que decía *“Es que cada vez que lo veo, siento*

rabia con él”, siendo él capaz de generar consecuencias emocionales alternativas. Esto sirvió para que el consultante observara que las situaciones y las personas no causan nuestras emociones, que son nuestros sistemas de creencias que causan las emociones.

Asimismo, se psicoeduca en terapia de relajación progresiva.

Objetivo de sesión: Identificar la naturaleza de las creencias irracionales presentes y buscar creencias alternativas con más sentido, más realistas y más productivas.

Sesión 6: Se da inicio a la sesión preguntándole al consultante como se ha sentido, refiere “Ya siento que me estoy como aguantando que mi papa me habla, antes discutíamos y hasta llegar a golpearnos”,

Durante la sesión, el punto de partida se centró en el problema emocional de la ira que el consultante dirige hacia sí mismo y que experimenta cuando el progenitor intenta mantener una conversación o ejercer la autoridad con él. Se le recuerda al consultante que es un ser humano y que está formado para actuar de esta manera, empleando confrontaciones funcionales para las creencias irracionales que generaban la ira hacia sí mismo, lo que le implico al consultante evaluar que su forma de pensamiento no le ayudaba a alcanzar su objetivo de controlar la ira con su padre. Esto evidenció un avance significativo en términos de reducción de las demandas auto-dirigidas sobre el control de sus emociones y de una mayor sensación de auto-aceptación, centrándose la sesión exclusivamente en su relación con el progenitor.

Objetivo de sesión: Desarrollar destrezas comunicativas en el consultante, que le permitan colocarlos en práctica en su entorno biopsico-social.

Sesión 7: Se psicoeduca al paciente sobre los dos niveles de comunicación: verbal y no verbal, explicando la diferencia entre ambos. La comunicación no verbal, los movimientos corporales y los gestos pueden transmitir mensajes generales y se le motivó a mostrar una postura “abierta”, que mantuviera contacto visual con las personas que se relacionaba. Se realiza role play con el fin de entrenar esta habilidad, comprendiendo que no solo importa lo que se dice, sino como se dice, y comprometiéndose a colocarla en práctica.

Se continua psicoeducando sobre la importancia del proceso de psiquiatría y desintoxicación; sin embargo, el menor muestra resistencia a retomar el proceso pues refiere que a nivel familiar se estaban presentando cambios, lo cual ha ayudado a disminuir la conducta de consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivo de sesión: Psicoeducar a los progenitores en adecuadas pautas de crianza y funcionalidad familiar.

Sesión 8: Dentro de la sesión, los progenitores refieren -al ver evidencia- cambios significativos en el adolescente, especialmente en el relacionamiento con el progenitor; sin embargo, mencionan que el consumo de SPA continua, aunque ya no frecuenta salidas con el círculo social que contaba. Asimismo, reconocen las falencias que han tenido al momento de instaurar la autoridad y de ejercerla, mostrándose el progenitor rígido e inflexible, tomando modelos de crianza de la cual recibió (“No hablamos casi y

por eso no le digo nada porque él es a pelear conmigo”.. “Yo me encargo de trabajar y la mamá que hable con ellos, les toca que los mande”), y la progenitora flexible y sumisa ante estas conductas (“Él salía y me decía ya vengo pero yo no sé a qué ni con quien esta... Él baja al pueblo pero yo no sé a qué ni con quien”); se psicoeduca sobre adecuadas pautas de crianza, la importancia de la instauración de la autoridad, las normas y límites en el entorno hogar.

Objetivo de sesión: Evaluar los ABCs de la familia: los marcos cognitivos, emotivos y conductual de referencia que experimentan los miembros de la familia.

Sesión 9 y 10: Dentro de la sesión se encuentra los progenitores y el adolescente, a quienes se les pide que relaten una situación específica e ilustrativa de su interacción conflictiva. Se les dificultó la descripción de un momento en el que trataron de expresar sus criterios, mientras tanto se evalúa la información individual e interacción mutua.

Se logra identificar el ABC:

A: El adolescente no responde positivamente a las órdenes que los progenitores establecen, lo que hace imponer disciplina con dureza.

B: La creencia familiar “A él no le falta comida en la casa, debe ayudar con las labores de la finca”.

C: Ambientes hostiles entre los miembros de la familia

Seguido se les pide a los miembros de la familia que recuerden un momento en el que se produjeron circunstancias similares pero los resultados no fueron tan insatisfactorios.

Se identifica el A' B' C' a partir del informe sobre esa situación, en la que se encuentra una respuesta satisfactoria:

A` El día que usted me dejaron solo en la casa y yo tuve que ordeñar vacas, sacar la leche y ustedes después no me reconocieron mi trabajo.

B ` La creencia familiar, “Queremos que todos en el hogar aporten un granito de arena, porque de ese ingreso es el sostenimiento de este”.

C` Interacción más satisfactoria y armónica entre los miembros de la familia, al explicar los puntos de vista de ellos con relación a la situación problema que evidenciaba el adolescente.

Seguido se procede al debate (D), en el cual se cuestionan la rigidez de las creencias familiares que acompañan a sus soluciones insatisfactorias y las consecuencias conflictivas. Manteniendo el debate y comprobando los beneficios específicos que aporta una creencia familiar más racional que acompaña a los momentos de excepción A', C' con las quejas de los momentos de conflicto A y C que acompañan en las creencias familiares irracionales, logrando la conciencia del B' racional.

Sesión 11: Tras el debate satisfactorio, se avanza a la presentación (E) para facilitar a la familia el ensayo, la revisión y la confirmación del modo en que se aplican las creencias familiares racionales. Se ayuda a los progenitores y al adolescente a interactuar en la sesión sobre el modo en que pueden usar lo entendido a lo largo de la semana, logrando en el grupo familiar la voluntad y la habilidad de la familia para adoptar una postura más racional inherente a las creencias familiares que han reconocido

como más beneficiosas. El grupo familiar refiere que se han evidenciado cambios significativos, se sugiere realizar seguimiento en un mes para evaluar las condiciones del grupo familiar.

Fase 3. Seguimiento.

Objetivo de sesión: Evaluar las condiciones actuales del consultante y su grupo familiar.

Sesión 12: Después de un mes se presenta el adolescente y sus padres a sesión, quienes mencionan que la dinámica familia mejoró, existe mayor comunicación, especialmente entre el progenitor y adolescente; si bien el consumo de SPA se mantiene, se evidencia disminución del mismo.

Resultados de la intervención

Este apartado muestra los resultados conseguidos en el proceso de evaluación e intervención desarrollado con el consultante, bajo el modelo de terapia emotiva racional.

Inicialmente, se evaluó la sintomatología de ansiedad presente y se diseñó el plan de intervención. Dentro de las estrategias utilizadas como intervención, se destaca la psicoeducación, ya que le permitió al consultante conocer, comprender y dimensionar sobre sus pensamientos automáticos, emociones y rumiaciones cognitivas; además de favorecer el aprendizaje de la relajación progresiva. Asimismo, la psicoeducación fue utilizada para exponer la importancia de llevar a cabo un proceso de desintoxicación, además del terapéutico.

Con el consultante, se logró generar consecuencias emocionales alternativas, reducir las demandas autodirigidas sobre el control de sus emociones, obtener una mayor sensación de auto-aceptación, colocar en práctica una adecuada comunicación no verbal; además de un mejor relacionamiento con el progenitor, siendo esto último referido por su mismo padre. De igual forma, con los progenitores, se logró el reconocimiento de las falencias al instaurar la autoridad y ejercerla.

Igualmente, con la evaluación e identificación de los ABCs de la familia, los marcos cognitivos, emotivos y conductual de referencia que experimentan los miembros de la familia, se procede al debate, logrando la conciencia del B' racional. Finalmente, la familia menciona que la dinámica familiar mejoró, existe mayor comunicación, especialmente entre el progenitor y adolescente; si bien el consumo de SPA se mantiene, se evidencia disminución de este.

Se destaca que, dentro de la identificación del problema específico a nivel individual, se lograron modificar los pensamientos irracionales que el consultante presentaba, especialmente con el relacionamiento con el progenitor, y a nivel familiar se logra la funcionalidad. Asimismo, la asignación de tareas no funciona con gran asertividad, por ende, se llega a acuerdo con el consultante de evitar la asignación de estas, teniendo en cuenta que, si bien el auto registro se llevó a cabo, no se realizó de la manera adecuada.

Capítulo 6

Discusión

Según los resultados obtenidos, se puede afirmar que los objetivos planteados en el presente estudio se cumplieron en su totalidad, puesto que se logró fortalecer las redes de apoyo en el grupo familiar de modo que la conducta del consumo disminuyera, según los reportes del consultante y su familia. Esto se hizo por medio de la identificación de las conductas problemas, el diseño y la implementación de plan de intervención desde la terapia racional emotiva conductual y la evaluación de los resultados del proceso mediante las verbalizaciones del paciente y su grupo familiar. A pesar de que en la literatura se encuentra poca evidencia sobre intervenciones psicológicas desde la terapia racional emotiva- conductual en casos de consumo de sustancias (Brusil, 2016; Carbonero, Martín y Feijó, 2010; Polo y Amar, 2006), con el presente estudio de caso se confirma la efectividad de una adecuada intervención basada en el modelo cognitivo conductual específicamente la terapia racional emotiva conductual propuesta por Albert Ellis (1984) en la que se incluye no sólo al paciente sino que además se incluye a su núcleo familiar en el proceso de disminuir el consumo y mejorar la dinámica familiar, logrando una notable modificación de los pensamientos irracionales del paciente y a su vez en la conducta de este; así como el mejoramiento de las relaciones entre los miembros de la familia y la dinámica en general incluso después de un mes de terminada la terapia.

Sin embargo, es importante resaltar que pese a efectividad de las intervenciones es necesario considerar la individualidad del participante debido a que en el *área cognitiva*

se empleó la técnica de autorregistro con el objetivo de identificar creencias y pensamientos automáticos asociados al consumo, a pesar de ello, el paciente no se adecuó a dicha técnica por lo cual se suspendió, lo anterior coincide con lo planteado por Escotado (1995, como se cita en Brusil, 2016) quien afirma que los resultados del proceso de tratamiento va depender de:

1. Los problemas de la persona y el alcance que estos posean.
2. La adecuación del tratamiento para la persona.
3. La facilidad y disponibilidad de servicios adicionales.
4. La calidad de la interacción entre la persona y sus proveedores del tratamiento.

Seguido a esto, en el *área emocional* se trabajó con psicoeducación para la diferenciación de los pensamientos de las emociones, además se realizó entrenamiento en terapia de relajación progresiva para el manejo de las emociones y principalmente de la ansiedad puesto que según la revisión realizada por Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga (1994) altos niveles de ansiedad interfieren en la capacidad de afrontamiento del individuo, por tal razón, su control es importante. Además, se reconoce que la terapia racional emotiva conductual permite ayudar a los individuos a adquirir la capacidad de dejar de abusar de las drogas, al enfocarse en la identificación del sistema de creencias que la persona posee y de esta manera poder relacionar su emoción específica, diferenciando las emociones consideradas "dañinas" de las "beneficiosas" (Brusil, 2016). Lo anterior a través del postulado de la TRE que sostiene que el malestar emocional no es ocasionado por los hechos, sino por la interpretación que cada persona

hace de estos hechos; por tanto, las personas pueden reaccionar de manera diferente ante una misma circunstancia (Molina, 2012).

Por otra parte, en el área conductual se trabajó con psicoeducación y se reforzaron las destrezas comunicativas del paciente; aunque la conducta del consumo disminuyó - según lo reportado por el consultante y su familia-, no se extinguió, esto coincide con lo concluido en el estudio realizado por Hernanz (2015) en el cual se menciona que el fin último del tratamiento no es la abstinencia sino más bien la reorganización del individuo de tal forma que pueda dirigir su propia vida y tomar decisiones adecuadas y que no atenten contra su salud.

Finalmente, se destaca que el problema de consumo debe atenderse. Si bien el consultante inició un proceso psiquiátrico y de desintoxicación, no mantuvo una adherencia frente a este, toda vez que en dicho momento no contaba con redes de apoyo establecidas y la disfuncionalidad familiar reforzaba la conducta de consumo. Según lo anterior, y como lo menciona Hernanz (2015), la intervención se realizó con el fin de reorganizar la vida del consultante de manera que pueda manejarla por sí mismo, esto a través del mejoramiento de las condiciones familiares y sociales que mantienen el consumo; permitiendo que el proceso terapéutico pueda aumentar la probabilidad de que el tratamiento para tratar el consumo sea efectivo. Por tanto, es aún necesario que el paciente se incluya a un programa de desintoxicación.

Capítulo 7

Conclusiones y Recomendaciones

Se puede concluir que el uso de la terapia racional emotiva conductual posee resultados positivos en la modificación de los pensamientos irracionales y de esta manera la conducta de las personas que consumen sustancias psicoactivas, como es posible evidenciar en el caso específico de JERD. Asimismo, también se puede concluir que la familia tiene un rol fundamental en el inicio de la conducta del consumo, así como del mantenimiento o tratamiento de la misma, por lo cual es indispensable la intervención con la familia, dado que es esta red de apoyo la que evitará futuras recaídas del paciente en el consumo.

Por otro lado, es posible afirmar que las intervenciones y actividades terapéuticas deben estar encaminadas más allá de la efectividad de la terapia, puesto que deben moldearse a las necesidades propias de cada individuo. Además, se destaca que el malestar emocional se genera por la interpretación que el individuo hace de los hechos, no por el hecho en sí mismo, por tanto, es indispensable brindar herramientas que permitan la identificación de dichas emociones como la psicoeducación y otras que le permitan controlar la emoción como el entrenamiento en terapia de relajación progresiva para controlar la ansiedad.

Por último, resulta el refuerzo de la idea que el fin último de la terapia en casos de consumo de sustancias psicoactivas no es la abstinencia, sino de manera progresiva lograr que el individuo se reorganice para dirigir su propia vida y tomar decisiones adecuadas especialmente en la población adolescente.

Recomendaciones

Por otra parte, se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Realizar más estudios en el manejo de consumo de sustancias utilizando la terapia racional emotiva conductual, debido a que los trabajos entorno a esto resultan escasos.
2. Al realizar este tipo de estudios incluir un adecuado número de pruebas y/o escalas aplicadas pre y post para obtener mayor información sobre el efecto de la terapia en los pacientes y de esta forma enriquecer los estudios.
3. Es importante ampliar el tiempo en los seguimientos, pues que en la literatura se evidenció que este es un vacío en las terapias de la tradición cognitivo-conductual, que resultan ser efectivas a corto plazo, pero son más propensas a las recaídas.

Referencias

- Aguirre, N., Aldana, O. y Bonilla, C. (2016). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 1-9.
- American Psychiatric Association APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V* (5ª ed). Bogotá: Panamericana.
- Arévalo, N. (2014). *MinJusticia: El concepto de familia en el Siglo XXI*. Bogotá: MinJusticia. Ministerio de Justicia y el Derecho. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Barreto, P., Pérez, M., Roa, M., López, A., Rubiano G. (2015). Consumo de sustancias psi-coactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá*, 2(1), 31-50. Recuperado de <http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/128/124>
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, M., Juan, M., Duch, M. y Fernández, J. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 253-268.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A., y

- Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, M., Juan, M., Duch, M. y Fernández, J. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 253-268.
- Bedoya, L., & Orozco, L. (2019). *Características del Tratamiento Cognitivo Conductual en Adicción a Sustancias Psicoactivas* (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Pereira, Risaralda. Recuperado de https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/7544/UVDTP_BedoyaLondo%C3%B1oLuisaFernanda_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Brusil, Y. (2016). *Intervención psicológica mediante la terapia racional emotiva con personas que consumen sustancias psicoactivas en el centro terapéutico Mira de junio a septiembre del 2016*. (Tesis de pregrado). Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador.
- Canales, G., Díaz, T., Guidorizzi, A., Arena, C. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Revista Cuidarte*, 3(1), 260-269.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., González, H. e Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología*, 10(2), 145- 156.
- Carbonero, M., Martín, L. & Feijó, M. (2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 287- 298.

- Cárdenas, M. (2016). *Tratamiento de las drogodependencias desde un enfoque sistémico* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.
- Castillo, G., Pérez, L. y Rábago, M. (2018). Adicciones desde un enfoque de terapia sistémica familiar: aportaciones del modelo de Stanton y Todd. *Revista Electrónica de Psicología Iztacaia*, 21(3), 989-1005.
- Domingo, M. (2015). *Ellis y la Terapia Racional Emotiva*. Madrid, España: FAER – Fundacion Adictos en Recuperación. Recuperado de <https://www.ctmadrid-adicciones.com/ellis-y-la-terapia-racional-emotiva/>
- Domingo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva (Ellis)*. Madrid, España: FAER – Fundacion Adictos en Recuperación. Recuperado de <https://www.ctmadrid-adicciones.com/terapia-racional-emotiva-ellis/>
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fuentes, M., Alarcón, A., García, F. y Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de Psicología*, 31(3), 1000-1007.
- Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35), 326-345.
- García, H., Aparecida, M., Titus, J., Almeida, I., Hayasi, P., y Ribeiro, R. (2015). Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study. *Revista Lationamericana de Enfermagem*, 23(6), 1173-1180.

- Golden, W. (1990). La hipnoterapia Racional- Emotiva: principios y técnicas. En A. Ellis y R. Grieger (Eds). *Manual de Terapia Racional- Emotiva*, (297-310). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gutiérrez, D. y Hernández, D. (2015). La familia, factor inductor del uso indebido de drogas en la adolescencia. *Apuntes Universitario. Revista de Investigación*, V(2), 113-122.
- Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39, 153- 170.
- Hernández, O., Font, S. y Gras, M. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el context familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205-213.
- Hernanz, M. (2015). Adolescente y nuevas adicciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 309- 322.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas NIDA. (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones>
- Llorente del Pozo, J. M., & Iraurgi, E. I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10(4), 252–274. doi:10.1016/s1575-0973(08)76374-8
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Plan Nacional para la Promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas*. Recuperado de

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-consumo-alcohol-2014-2021.pdf>
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2019). *Situación del consumo de drogas en Colombia*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo/PgrID/4380/PageID/2>.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación*. Recuperado de https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf.
- Panlilio, L., Goldberg, S., y Justinova, Z. (2015). Cannabinoid abuse and addiction: Clinical and preclinical findings. *Clin Pharmacol*, 97(6), 616-627.
- Paya, B., & Castellano, G. (2017). *Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores*. Recuperado de [www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Consumo de sustancias.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Consumo%20de%20sustancias.pdf)
- Portero, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3), 96-104.
- Ramos, J. (2012). Consumo de cannabis y psicopatología. En C. Roncero y M. Casas (Eds.). *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis* (65-77). Madrid: Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC).

- Riveros, M. y Garzón, D. (2014). Terapia familiar en problemas de adicción: narrative conversacional y re-configuración de identidades. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 6, 211-226
- Rowe, C. (2013). Terapia familiar para consumo de drogas: revisión y actualizaciones. *Revista de Toxicomanías*, 70, 24-44.
- Sanz, N., & Navarro, M. (2003). Propiedades psicometricas de una version Española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y estres*, 9(1), 59-84. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/285908290_Propiedades_psicometricas_de_una_version_espanola_del_Inventario_de_Ansiedad_de_Beck_BAI_en_estudiantes_universitarios
- Saunders J., y Latt N. (2015). Diagnostic Definitions, Criteria and Classification of Substance Use Disorders. In: el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M. (Eds). *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. Milano: Springer.
- Vallejo, R. y Leal. C. (2012). Tratado de Psiquiatría. En J. Pérez de los Cobos, A. Etcheberrigaray y F. Battle (Eds). *Trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas. Abuso de sustancias que no producen dependencia* (243-283). Madrid: Marbán.
- Vázquez, M.E., Muñoz, M.F., Fierro, A., Alfaro, M., Rodríguez, M.L., & Rodríguez, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 16, 125-34.

Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000300005

Wilens, T., y Zulauf, C. (2014). Substance use in youth with bipolar disorder. *Clinical Insights: Mental Health in Adolescents: Bipolar disorder*, 57-74. doi: 10.2217/ebo.13.557.

Apéndices

Apéndice A. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado, o que se le va la cabeza.				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de bloqueo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto, inseguro				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				
17	Con miedo.				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores, fríos o calientes				

Apéndice B. Consentimiento informado.

 REPÚBLICA DE COLOMBIA MUNICIPIO DE CERRITO, SANTANDER NIT: 890209889-9	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: 20.01.1	 TODOS POR UN NUEVO PAÍS MUNICIPIO DE Cerrito Salud, Protección y Bienestar
		Versión: 01	
		Página 1 de 1	

CON SENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros _____, identificado con cedula de ciudadanía No. _____ de _____ y _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ de _____, manifiesto nuestro interes por acceder a los servicios psicologicos ofrecidos por ustedes, y aceptamos se inicie un proceso de evaluacion e intervencion con nuestro hijo (a) _____ identificada con tarjeta de identidad No. _____ de _____, teniendo en cuenta que nos han sido informadas las condiciones generales del tratamiento y las implicaciones de este.

Sabemos con seguridad que toda la informacion que se obtenga durante el tratamiento en cualquier medio sera confidencial y no podra ser divulgada de manera abierta a ninguna institucion o persona sin nuestro consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecuencia de esta informacion podra ser utilizada. Asi mismo comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se presente alguna situacion en donde se identifique que mi integridad fisica, mental o de algun miembro de la comunidad este en riesgo.

Autorizo que el profesional encargado de mi caso consulte a otro profesionales especializados y de ser necesario y pertinente ser remitido para que me sea brindado un tratamiento integral.

Doy fe de que la informacion emitida durante mi tratamiento es real y veridica, teniendo en cuenta que sobre esta se dara solucion a mi motivo de consulta.

Conozco tambien la autonomia que tengo sobre la decision de continuar o no con el tratamiento y de la importancia de mi compromiso y participacion activa durante este cumplimiento con las tareas y actividades asignadas.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las dispisiciones consignadas en el.

 FIRMA ACUDIENTE
 NOMBRE COMPLETO LEGIBLE:
 CC No.

 FIRMA ACUDIENTE
 NOMBRE COMPLETO LEGIBLE:
 CC No.

 FIRMA PSICOLOGA ENCARGADA

Apéndice C. Historia clínica psicológica.

 REPÚBLICA DE COLOMBIA MUNICIPIO DE CERRITO, SANTANDER NIT: 890209889-9	COMUNICACIÓN OFICIAL	Código: 20.19.1	 El futuro es de todos 
		Versión: 01	
		Página 1 de 1	

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Fecha de Valoración	Día / 23	Mes /
---------------------	----------	-------

DATOS DEL CONSULTANTE			
Nombres y Apellidos	Edad	Género	Documento de Identidad
Lugar y Fecha de nacimiento	Dirección de Residencia		
Profesión	Área en la que Labora	No. Teléfono Celular	

DATOS DE CONSULTA
Motivo de Consulta

Examen Mental y Observaciones Generales del consultante

ASPECTOS RELACIONADOS AL MOTIVO DE CONSULTA
Historial de la Situación

 REPÚBLICA DE COLOMBIA MUNICIPIO DE CERRITO, SANTANDER NIT: 890209889-9	COMUNICACIÓN OFICIAL	Código:20.19.1	 El futuro es de todos 
		Versión: 01	
		Página 1 de 1	

Intentos Previos para Solucionarlo

--

REDES DE APOYO DEL CONSULTANTE

--

ASPECTOS FAMILIARES / TIPOLOGIA FAMILIAR/ OBSERVACIONES

--

ANTECEDENTES MEDICOS Y/O PSICOSOCIALES

--

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

--

PLAN Y TRATAMIENTO

--

RECOMENDACIONES

--

 REPÚBLICA DE COLOMBIA MUNICIPIO DE CERRITO, SANTANDER NIT: 890209889-9	COMUNICACIÓN OFICIAL	Código: 20.19.1	 El futuro es de todos  Cerrito Salud, Productiva y Sostenible
		Versión: 01	
		Página 1 de 1	

REMITIDO A:

--

Nombre y Apellidos del Psicólogo (a) _____

Tarjeta profesional _____