

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO
CONDUCTUAL, EN UN ESTUDIO DE CASO EN PROBLEMAS
ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Silvia Juliana Rojas Sánchez



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

Bucaramanga, 2020.

*Intervención Psicológica Desde El Modelo Cognitivo Conductual, En Un Estudio De Caso En
Problemas Asociados Al Consumo De Sustancias Psicoactivas*

Proyecto presentado por:

SILVIA JULIANA ROJAS SÁNCHEZ

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
Bucaramanga, 2020.**

Dedicatoria

Dedico esta monografía de manera especial a DIOS quien con su ayuda y bendición me permitió iniciar, desarrollar y terminar el proyecto deseado a realizar la especialización en psicología clínica. A mis padres quienes desde pequeña me inculcaron la importancia del cumplimiento de mis sueños y metas y quienes sembraron en mis los valores, como la disciplina, el compromiso y la responsabilidad para cumplirlos. A mis hermanos quienes siempre me han apoyado en el transcurso de mi vida; Finalmente dedico esta monografía a todos los niños y adolescentes que han logrado rehabilitarse del consumo por sustancias y a los que no lo han logrado ni intentado ruego a DIOS por ellos para que puedan lograrlo.

Agradecimiento

Quiero agradecer primeramente a Dios por la misericordia y bendición para tomarme de su mano y guiar cada uno de mis pasos, porque gracias a él supere obstáculos que se me presentaron en el transcurso de la vida, por ayudarme a ir avanzando y creciendo en mi vida personal, profesional y laboral. Gracias a mi padres y hermanos quienes siempre han confiado en mí y en lo que puedo lograr, finalmente me doy gracias a mí quien, a pesar de los obstáculos, los señalamientos nunca, se venció y siempre puse como meta la superación y como dice un autor anónimo “no fue fácil, pero lo logré”

Contenido

Dedicatoria.....	III
Agradecimiento	IV
Lista de Tablas	VI
Lista de Figuras.....	VI
Lista de Anexos	VII
Introducción	- 1 -
Referente Conceptual	- 3 -
Objetivo General.....	- 21 -
Objetivos Específicos	- 21 -
Participantes.....	- 22 -
Instrumentos de Exploración.....	- 22 -
Instrumentos de Evaluación.....	- 23 -
Procedimiento.....	- 26 -
Resultados.....	- 55 -
Discusión	- 66 -
Conclusiones	- 69 -
Recomendaciones	- 71 -
Referencias.....	- 72 -
Anexos	- 77 -

Lista de Tablas

Tabla 1. Descripción familiar	¡Error! Marcador no definido.5
-------------------------------------	--------------------------------

Lista de Figuras

Figura 1. Familiograma.....	25
Figura 2. Resultados pre tratamiento prueba Detención de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias	54
Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento prueba Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS).....	56
Figura 4. Resultados pre y pos tratamiento prueba Escala de Habilidades sociales.....	57
Figura 5 Resultados pre y pos tratamiento prueba Ansiedad Estado.....	58

Lista de Anexos

Anexo A. Prueba Asist.....	70
Anexo B. Prueba Cuestionario A-D evaluacion pre test.....	76
Anexo C. Prueba Cuestionario A-D evaluacion pos test	78
Anexo D. Prueba Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes evaluacion pre test (ACS)	80
Anexo E. Prueba Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes evaluacion pos test (ACS)	83
Anexo F. Prueba Escala en Habilidades Sociales (EHS) evaluacion pre test	86
Anexo G. Prueba Escala en Habilidades Sociales (EHS) evaluacion pos test	87
Anexo H. Prueba Ansiedad Estado / Rasgo (IDARE) evaluación pre test	88
Anexo I. Prueba Ansiedad Estado / Rasgo (IDARE) evaluación pos test	90
Anexo J. Desarrollo del Proceso Terapeutico por Sesion	92
Anexo K. Resumen del Tratamiento	109

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL, EN UN ESTUDIO DE CASO EN PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

AUTOR(ES): Silvia Juliana Rojas Sánchez

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Abdón Ribero Ardila

RESUMEN

El presente trabajo monográfico expone el proceso terapéutico desarrollado con el consultante N.I.R de 17 años de edad, institucionalizado en la Asociación niños de Papel, fundación encargada en la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. El cual es ingresado por sus familiares solicitando servicio de psicología por policonsumo (cannabis, anfetaminas, sedantes, cocaína, inhalantes, alcohol y tabaco) el consultante hacía referencia a problemáticas asociadas al Trastorno por consumo de cannabis y comorbilidad con Trastorno por conducta. Las problemáticas anteriormente mencionadas se relacionan con una disfuncionalidad en las relaciones familiares, pérdida por muerte del padre, desescolarización quedando en primero de bachillerato. El modelo a seguir es el Cognitivo Conductual. El proceso de intervención se estructuró para iniciar con entrevista no estructurada, recolección de datos para el diligenciamiento de la historia clínica, aplicación pre y pos test de pruebas psicométricas medibles, como prueba de detención de consumo de detención de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), Cuestionario de conductas antisociales-delictivas (CUESTIONARIO A-D), Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), Escala de habilidades sociales (EHS), y Ansiedad estado / rasgo (IDARE). Se diseña el plan de tratamiento utilizando técnicas de: Psi-coeducación, Restructuración Cognitiva, Respiración profunda, Autocontrol, Duelo, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Estrategias de Afrontamiento. Las formulaciones de los objetivos terapéuticos permitieron un efectivo desarrollo en las sesiones, evidenciando una considerable disminución de los síntomas ansiosos y depresivos a causa de la abstinencia, una relación funcional con sus pares y superiores, una adaptación al lugar donde se encuentra institucionalizado y un compromiso en la interacción y participación de actividades realizadas y propuestas por la fundación. Lo que permitió mejorar la calidad de vida del consultante evidenciando la efectividad del modelo Cognitivo Conductual en casos de trastorno por consumo de sustancias.

PALABRAS CLAVE:

Consumo por sustancias, conducta, depresión, ansiedad, habilidades sociales, restructuración cognitiva

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE COGNITIVE BEHAVIOR MODEL IN A CASE STUDY IN PROBLEMS ASSOCIATED WITH THE DISORDER FOR CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES.

AUTHOR(S): Silvia Juliana Rojas Sánchez

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Abdón Ribero Ardila

ABSTRACT

The present monographic work exposes the therapeutic process developed with the 17-year-old NIR consultant, institutionalized in the Children of Paper Association, a foundation in charge of the rehabilitation of children and adolescents who consume psychoactive substances. Which is remitted by his relatives requesting psychology service for polyconsumers (cannabis, amphetamines, sedatives, cocaine, inhalants, alcohol and tobacco) the consultant referred to problems associated with the Disorder for cannabis use and comorbidity with Conduct Disorder. The problems previously mentioned have a relation with to a dysfunctionality in family relationships, loss due to the death of the father, unschooling, remaining in sixth grade of high school. The model to follow is the Cognitive conduct. The intervention process was structured to start with an unstructured interview, data collection for the completion of the clinical history, test pre and post application of measurable psychometric, such as alcohol, tobacco and substance use arrest test (ASSIST), Antisocial-criminal behavior questionnaire (AD QUESTIONNAIRE), Adolescent coping scale (ACS), Social skills scale (EHS), State / and State / trait anxiety (IDARE). The treatment plan is designed using techniques of: Psych coeducation, Cognitive Restructuring, Deep Breathing, Self-control, Grief, Training in Social Skills and Coping Strategies. The therapeutic objective formulations allowed an effective development in the sessions, evidencing a considerable decrease in anxious and depressive symptoms due to withdrawal, a functional relationship with peers and superiors, an adaptation to the place where one is institutionalized and a commitment in the interaction and participation of activities carried out and proposed by the foundation. This allowed improving the quality of life of the client, evidencing the effectiveness of the Cognitive Behavioral model in cases of substance use disorder.

KEYWORDS:

Substance use, behavior, depression, anxiety, social skills, cognitive restructuring

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

La adolescencia se define como un estadio transicional entre la niñez y la adultez; un periodo de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo, el cual, sino es negociado satisfactoriamente, puede llevar a problemas emocionales y comportamentales en la vida adulta. (Nicolson y Ayers, 2004).

De acuerdo al desarrollo de esta etapa del ciclo vital, el adolescente presenta dificultades para la adaptación, debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que comienzan con la aparición de la pubertad. Entre las edades de los 10 a los 17 años el adolescente experimenta cambios físicos como lo son, crecimiento del vello púbico, engrosamiento de la voz, crecimiento de las mamas (en caso de las mujeres), cambios psicosociales como lo son, dependencia o independencia, recelo, desinterés por los padres, vacíos emocionales, preocupación por la presentación personal (se pueden presentar inseguridades frente a la apariencia corporal), integración y aceptación en los grupos sociales, inicio de contacto con el sexo opuesto. En sí, un sin número de cambios que son vistos por los adolescentes como problemas los cuales los llevan a evadir y a tomar decisiones como el consumo de sustancias psicoactivas. (Iglesias, 2013)

Dentro de las sustancias psicoactivas que consumen los adolescentes se encuentra el cannabis o mejor conocido como marihuana procede de la planta cáñamo, y está compuesto por THC (delta – 9 – tetrahidrocannabinol abreviado) componente activo que afecta directamente al sistema nervioso provocando liberación de dopamina, la cual genera alteración en el pensamiento y el estado del ánimo. (Castillo, 2017). Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) el trastorno por consumo de cannabis “se desarrolla durante un periodo

prolongado de tiempo, aunque la progresión parece ser más rápida en los adolescentes, particularmente en aquellos con problemas de conducta graves” (p.513).

El presente trabajo monográfico, describe por sesiones el proceso terapéutico que se efectuó con el consultante N.I.R. de 17 años de edad, institucionalizado en la fundación niños de papel el cual fue recluido a la institución por policonsumo de sustancias psicoactivas. En este caso único se realizó una valoración clínica donde por medio de entrevistas y aplicación de pruebas que permitieron establecer un diagnóstico y proceder a la formulación del tratamiento y a la intervención desde el abordaje psicoterapéutico de enfoque cognitivo – conductual el cual generó en el paciente el desarrollo de estrategias que le permitieron la modificación del pensamiento y por consiguiente la regulación emocional y el manejo del consumo compulsivo, así mismo se observó el mejoramiento en las habilidades sociales, y la incorporación estrategias de afrontamiento, esto se evidencia a través de las sesiones trabajadas y de las pruebas post- test aplicadas.

Referente Conceptual

Este documento tiene como finalidad describir, desde el enfoque cognitivo - conductual el proceso de evaluación e intervención de problemas asociados al trastorno de consumo por cannabis comórbido al trastorno de la conducta en un estudio de caso único, visto desde la psicología clínica.

El modelo cognitivo-conductual combina modelos de la teoría del aprendizaje y proceso de información, dando como resultado que la teoría cognitivo conductual relaciona los factores internos y externos de la persona. Tiene una metodología de técnicas conductuales de evaluación y tratamiento de todo lo que determina la parte cognitiva. (Batlle, 2008).

El condicionamiento operante.

Se basan en los trabajos de Burrhus Frederic Skinner (1938) En este tipo de condicionamiento lo que prevalece es la conducta y las consecuencias de las mismas. Si un acto tiene una recompensa es denominado como refuerzo positivo y se repetirá cada que la persona se encuentre en dicha situación. Se menciona que una respuesta puede incrementar o disminuir según el refuerzo o castigo recibido, para Thorndike quien fue responsable del desarrollo de los inicios del condicionamiento operante, donde por medio de una técnica se priorizaron los aspectos más importantes de la investigación. (Batlle, 2001)

Teoría de la sensibilización al incentivo

Según Brindra (1978), Bolles (1972), la motivación incentiva es un proceso de respuestas de aproximación o evitación, generando un estado cognitivo y afectivo el cual aumenta de acuerdo a

los estímulos positivos o negativos que se presenten, por su parte la sensibilización según Robinson y Berridge (1993), es el aumento de los efectos que refuerzan el consumo de drogas durante el aprendizaje de una conducta. Todo policonsumo repetitivo, genera un aumento paulatino y duradero del efecto que produce la droga.

En esta teoría se identifican y diferencian tres procesos desear, gustar (incentivos) y la atribución de saliencia del incentivo a estímulos o acciones. Dichos estímulos poseen procesos motivacionales que suponen placer el cual más adelante se convierte en incentivos condicionados o reforzadores secundarios.

Teoría motivacional de la adicción

Para Koob y Le Moal (1997), la teoría motivacional de la adicción es una de las teorías más aceptadas para explicar el inicio y mantenimiento del consumo de drogas, debido a la adicción es el resultado de un cambio en el control conductual motivado.

En este modelo existen tres componentes la preocupación por conseguir la droga, la intoxicación de la droga y la abstinencia asociada a un estado emocional negativo. Los dos primeros se relacionan con la sensibilización psicomotora y el último está asociado a cambios en el sistema nervioso central denominados neuroadaptativos. Por otra parte, dentro de esta misma teoría está el proceso de alostasis, el cual es definido como el “conjunto de procesos neuroadaptativos que se desarrollan en el sistema nervioso central (SNC), para mantener una situación de equilibrio tras alterarse la homeostasis en el sistema de recompensa cerebral” (Koob y Le Moal, 2001).

Principio del modelo cognitivo

Según Beck, Newman y Wright (1999), propusieron la terapia cognitiva de las drogodependencias la cual hace relevancia a nivel cognitivo (sistema de creencias) mediante estrategias de intervención especializadas para tratar el consumo abusivo y dependiente de alcohol tabaco y otras drogas.

El Modelo Cognitivo es caracterizado por estudiar los modos de conocimiento, pensamiento y memoria o recordación del ser humano. Este modelo centra su atención en los procesos de elaboración, creación e interpretación de la información en el hombre. Así mismo, se preocupa por el desarrollo de habilidades mentales y su papel en el aprendizaje. (Beck, Newman y Wright, 1999)

Psicología clínica

En un principio, la American Psychological Association (APA) definió la psicología clínica como un ejercicio profesional que toma las bases y técnicas psicológicas para comprender, identificar y dar respuesta a dificultades emocionales, intelectuales, psicológicos y conductuales de la persona (Castillo, 2017).

La definición actual de la División de Psicología Clínica de la APA define a esta rama como un posible referente disciplinar que integra la ciencia, la teoría y la práctica en el entendimiento predicción y alivio del malestar, la incapacidad y la desadaptación, de igual manera la promoción de la acomodación del ser humano y el desarrollo de la persona. Asimismo, la psicología clínica debe su enfoque a aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y

conductuales que le permiten al hombre funcionar como sujeto cultural e individuo social. (Society of Clinical Psychology, 2005).

Drogadicción

Históricamente la drogadicción lleva alrededor de 5.000 años a.c, donde el alcohol y los opiáceos fueron las primeras sustancias psicoactivas en ser consumidas por el ser humano con la finalidad de alterar el sistema nervioso central. La segunda sustancia consumida es el cannabis la cual salió hace 4.000 años, se estima que su origen de cultivo se encuentra en China y que era utilizada como analgésico y energizante de uso diario sobre todo cuando existían problemas con las alturas. (Correa, 2007)

Según el informe mundial de drogas de la Organización de las Naciones Unidas, en el año 2018, el uso de fármacos sin prescripción médica se está convirtiendo en una gran amenaza para la salud pública. El reporte generado por la ONU, informa que los opiáceos son las sustancias que generan más daño representando el 76 % de las muertes asociadas a consumo de sustancias psicoactivas. Para el año 2016 fue el consumo de cocaína quien alcanzó un nivel más alto de consumo La producción mundial de cocaína alcanzo en el año 2016 el nivel más alto, consiguiendo un estimado de 1.410 toneladas, donde La mayor parte de la producción proviene de Colombia. En cuanto a la prevalencia menciona que por lo menos 275 millones de personas en todo el mundo que ha consumido drogas por lo menos una vez y las edades más frecuentes del consumo están entre los 15 y 64 años con un porcentaje del 5.6%. (UNODC, 2018).

El hombre ha hecho el uso de plantas y químicos con el fin de evadir situaciones estresantes, evadir la toma de alguna decisión importante para la vida, probar y experimentar lo que se supone esta conocido como “prohibido”. Son muchas las sustancias consumidas, las más

comunes son; alcohol, cannabis, opiáceos, cocaína, anfetaminas. Probablemente el alcohol sea el producto más antiguo de todos. (Correa, 2007).

La ONU, en su informe en el año 2018, donde según estudios realizados a la problemática social referente al consumo de sustancias psicoactivas, se ve reflejado que las etapas donde se genera más vulnerabilidad y hay más riesgo de consumo es en los jóvenes, en comparación con las personas adultas. Según el reporte del observatorio de drogas la edad del primer consumo está entre los 11 y 12 años de edad. Las investigaciones y los trabajos realizados indican que el periodo de la adolescencia temprana el cual está entre el rango de los (12-14 años), a la tardía (15-17 años) son las categorías con mayor riesgo de consumo y donde se incrementa la problemática social.

Para América Latina y según el informe presentado por la Comisión Interamericana para el control de abuso de drogas (CICAD), de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (2019), el inicio de consumo de drogas se inicia en edades tempranas utilizando una variedad de sustancias licitas e ilícitas que incluyen alcohol, tabaco, cannabis, clorhidrato de cocaína, y cocaína fumable (crack y PBC). Según las investigaciones y reportes de consumo de estas sustancias los adolescentes más consumidores se encuentran en las edades de 13 a 14 años perteneciendo a octavo grado de bachillerato generando amplitud en el consumo entre los 18 y 25 años.

La investigación realizada por la comisión interamericana para el control de abuso de drogas (CICAD), menciona que la única droga que ha presentado disminución en el consumo ha sido el tabaco y las que están generando un aumento son el cannabis y la cocaína. Revisando el género que mayor consume drogas anteriormente era liderado por los hombres, pero ya se han

evidenciado datos de mujeres consumidoras al mismo o mayor nivel que los hombres. Estos datos fueron reportados de los informes de países que tienen datos de tendencia. (OEA, 2019).

Para centrarnos un poco más a nivel nacional según el reporte de la dirección nacional de estupefacientes, con el estudio realizado en el año 2016, se logra identificar que el país ha avanzado en la individualización del consumo de drogas como resultado de estudios previos, con métodos reconocidos internacionalmente, concentrados en las poblaciones que muestran dificultades con el consumo de sustancias psicoactivas. (UNODC, 2016).

El consumo de sustancias psicoactivas en el país ha aumentado, debido a que hay más comercialización y consumo. El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas de 2013, logro identificar un aumento en el uso de diferentes sustancias ilícitas (marihuana, cocina, bazuco, éxtasis o heroína), tanto en la prevalencia de uso alguna vez en la vida de (8., 8 % en el 2008 a 12,2% en el 2013), de uso en los últimos doce meses (de 2,6 % a 3,6 %). (UNODC, 2016).

Para el año 2018 aumenta la venta de drogas ilegales y la formación de mercados locales, aumentando su venta en las puertas de establecimientos como colegios, universidades y parques. las sustancias como cannabis, cocaína y las drogas de síntesis como las anfetaminas son las drogas que más han aumentado su comercialización en Colombia. (FIP, 2019)

Trastorno relacionado con los estimulantes

Según Rodríguez (2008), “Se consideran estimulantes al grupo de sustancias que producen un incremento de la actividad del sistema nervioso central acelerando el funcionamiento habitual de

este. Constituyen con un alto potencial de abuso los estimulantes son reforzadores positivos potentes”. (p.114). Según el DSM – V (2013), el trastorno por consumo de estimulantes incluye sustancias como lo son las anfetaminas y la cocaína donde para cada una de ellas se relacionó una prevalencia; la prevalencia de estimulantes tipo anfetaminicos.

La estimación de la prevaecía a los 12 meses por consumo de estimulantes en los Estados Unidos es del 0,2% entre los 12 y los 17 años y del 0,2% entre las personas mayores de 18 años. Las tasas son similares entre los varones y las mujeres adultos (el 0,2%), pero entre los 12 y los 17 años, la prevalencia en las mujeres (0,3%) es mayor que en la de los hombres (el 0,1%). Asociación americana de psiquiatría (2013).

Por su parte la prevalencia por consumo de cocaína, a los doce meses del trastorno por consumo de cocaína en Estados Unidos es del 0,2 % entre los adolescentes de 12 a 17 años y del 0,3 % entre las personas mayores de 18 años. Las tasas son más altas entre los hombres (el 0,4 %), que entre las mujeres (el 0,1 %). La prevalencia es mayor entre los 18 y los 29 años (el 0,6 %) y menor entre los 45 y los 64 años (el 0,1 %).

En población adulta, las cifras aumentan entre los indígenas estadounidenses (el 0,8 %) en comparación con los afroamericanos (el 0,4 %), los hispanos (el 0,3%), los blancos (el 0,2%), y los asiáticos americanos y de las islas del pacifico (el 0,1 %). Constatando con el rango de edad entre los 12 y 17 años, hay similitud en las tasas entre los hispanos (0,2 %), los blancos (el 0,2 %), y los asiáticos americanos y de las islas del pacifico (el 0,2 %), siendo menor entre los afroamericanos (el 0,2 %), siendo ausente el trastorno entre los nativos americanos y de Alaska.

Un estudio nacional que realizaron en Colombia sobre el consumo de drogas en población escolar, arrojó que para las sustancias de estimulantes no existe rango en cuanto a sexo debido a que es muy parejo el consumo de los mismos. En el rango de grados de sexto a once los porcentajes más altos de consumo están en los últimos tres grados de secundaria (noveno 1.19%, decimo 1.45% y finalmente undécimo con un porcentaje de 1.37%) observándose que el grado más consumidor es el grado decimo con 1.45% con estudiantes entre los 15 y 16 años de edad. Dentro de este estudio también fue importante caracterizar el consumo según el tipo de colegio (privado, publico), el cual arrojó que el 1.05% de los consumidores pertenecen a colegios privados mientras que 0.69% de los consumidores pertenece a los colegios públicos. O.D.D (2011)

Anfetaminas

“La anfetamina es un agente adrenérgico sintético que estimula el sistema nervioso central. En la actualidad, podemos encontrar dos sustancias distintas que hacen referencia al nombre de anfetamina” Gratacós [s.f] (2001)

Para Rodríguez (2008), *“Se trata de sustancias producidas de forma sintética en laboratorio. Esta práctica surgió a finales del siglo XIX en Alemania, donde se sintetizó por primera vez la llamada bencedrina. Inicialmente fueron fármacos de frecuente prescripción médica”*. (p, 10)

Trastorno relacionado con el cannabis

De acuerdo con la OMS (2016) “Los trastornos por consumo de cannabis son un espectro de afecciones clínicamente importantes, y se definen conforme a criterios psicológicos, sociales y

fisiológicos para documentar las consecuencias adversas, la pérdida de control del consumo y los síntomas de abstinencia”.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2013) “*el trastorno relacionado con cannabis son problemas que están asociados con la sustancia derivada de la planta de cannabis y con los compuestos sintéticos químicamente similares*”. (p, 132). En lo que se refiere a los efectos del consumo del cannabis, Fehr y Kalant, (1983), indican que los efectos a corto plazo son los que pueden ocurrir poco después de un solo acto de consumo, la clase de efecto es generada de acuerdo a la dosis suministrada y la forma en que es consumida, también es importante el tiempo que la persona lleve realizando este tipo de consumo y si se combina o no con otra sustancia. Y si nos referimos a los efectos a largo plazo la Organización Mundial de la Salud (2016), manifiesta que se denomina a largo o corto plazo según el consumo habitual de cannabis.

“El cannabis es la sustancia psicoactiva bajo control internacional que más se utiliza a nivel mundial, se calcula que, en el 2013, 181.8 millones de personas de 15 a 64 años consumieron cannabis sin fines médicos en todo el mundo” (UNDOC, 2015). La OMS (2016), afirma que la CIE-10 y el DSM V, diferencian la clasificación de los trastornos por consumo de cannabis debido a que el primero lo clasifica entre cannabis y cannabis con dependencia, mientras que el segundo lo clasifica según la gravedad del consumo.

Según los estudios realizados por (Hall y Pacula, 2010; Anthony, 2006). Mencionan la prevalencia del consumo de cannabis y la dependencia por el mismo son los trastornos más frecuentes según encuestas realizadas en Australia Canadá y los Estados Unidos, afectando en el

último año entre el 1 y el 2 % de los adultos. Las estadísticas de abuso y de dependencia según el DSM V, se aproxima al 3,4 % entre los 12 y los 17 años, y del 1,5% se presenta en adultos mayores de 18 años. La tasa de este trastorno es mayor entre el sexo masculino de los adultos (el 2,2%) que entre el sexo femenino adulto (el 0,8%) y entre los hombres de entre los 12 y 17 años (el 3,8%) y las mujeres de este mismo rango de edad (el 3,0%). American Psychiatric Association. (2013)

Según el Ministerio de Educación Nacional., Ministerio de Justicia y del Derecho., & Ministerio de Salud y Protección Social (2016), y el estudio realizado sobre el consumo de sustancias psicoactivas en una población escolar de Colombia y haciendo énfasis al departamento de Santander se encontró que para el consumo de cannabis que el 11.7 % de los estudiantes ya la han probado al menos una vez, caracterizado por sexo el 13.1% son hombres y el 10.5 son mujeres. Según la prevalencia total del estudio indican que 258 mil estudiantes la habían consumido, siendo 138 mil hombres y 120 mil mujeres. De los estudiantes encuestados entre las edades de 12 a 14 años mostraron una tasa de consumo del 4.3%, entre los 15 y 16 años una tasa de 9.6% y entre los 17 y 18 una tasa de consumo de 13.4%, mostrando estos resultados que entre la edad más aumenta mayor es el incremento de consumidores.

Trastorno por consumo de alcohol

El alcohol es una sustancia psicoactiva generadora de dependencia que se ha venido utilizando durante años y diferentes culturas, lo cual ha permitido una problemática social perjudicando a los diferentes entornos que nos rodean, sociales, familiares, laborales y para este nuevo siglo XXI está afectando el entorno escolar, donde menores de 18 años inician el consumo

de alcohol regenerando desescolarización y siendo la puerta de entrada del inicio de consumo de otras sustancias. (OMS, 2018).

La característica esencial del alcoholismo, así como de toda dependencia, es la presencia de un grupo de signos conductuales, cognitivos y fisiológicos que indican que el individuo consume la sustancia a pesar de los graves problemas que las misma ocasiona. (Reyes y Garrido, 2001). La prevalencia para el consumo de alcohol según la Asociación Americana de Psiquiatría, (2013) en estados unidos es frecuente, la prevalencia a los 12 meses para el trastorno por consumo de alcohol se logró identificar en un 4,6 % en los adolescentes de entre 12 y 17 años y en un 8,5 % para mayores de 18 años.

Las tasas del trastorno aumentan en varones mayores de edad (12,4 %) que en las mujeres (4,9 %). El trastorno por consumo de alcohol presenta una prevalencia de 12 meses en adultos disminuyendo en la madurez, alcanzando la tasa más elevada entre los 18 y los 29 años (16,2 %), y la tasa mínima en adultos mayores de 65 años (1,5 %). Se logra identificar que difiere la prevalencia de los 12 meses en cada subgrupo racial / étnico en la población americana.

Trastorno por consumo de tabaco

El DSM- V, define el tabaco como un trastorno causado por una sustancia capaz de provocar dependencia como la nicotina, sustancia que se encuentra en los productos del tabaco. American Psychiatric Association (2013).

Por otra parte, el Ministerio de Salud (2013), el tabaco es el causante de las principales muertes debido a las enfermedades generadas como EPOC, cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes entre otras, y se dice que si no se llegase a controlar el consumo del tabaco para el 2023

se elevaría en más de ocho millones de personas en el año. Se dice que en Colombia uno de cada ocho personas fuma, uno de cada 10 colombianos muere por cáncer atribuido al consumo de tabaco, 4,2 billones de pesos al año gastan el sistema de salud para atender a las personas que se enferman a consecuencia del tabaco.

Según la OMS (2016), existen en el mundo más de 1.100 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos el 47% de los hombres y un 11% de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos día.

En las características diagnosticas se evidencia que el trastorno por consumo de tabaco es frecuente en las personas que fuman a diario. La tolerancia al tabaco se genera por la pérdida de síntomas como náuseas y mareos al consumirlo de manera repetitiva, los cigarrillos son los más utilizados según la prevalencia, como el producto del tabaco más frecuente, representando más del 90 % el consumo de tabaco/nicotina. En Estados Unidos, el 57% de las personas adultas nunca ha sido consumidor, el 22 % alguna vez lo fue y el 21 % fuma actualmente. Aproximadamente el 20 % de la persona que fuma no es un fumador a diario. Es menor la prevalencia del consumo de tabaco sin humo con un 5%, y la prevalencia de consumo de tabaco en pipas y puros es menos del 1%. Asociación Americana de Psiquiatría, (2013).

Trastorno por consumo de Inhalantes

Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Si bien hay otras sustancias de abuso

que se pueden inhalar, el término “inhalantes” se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de inhalación. Esta definición abarca una alta gama de sustancias químicas que pueden tener diversos efectos farmacológicos y que se encuentran en cientos de productos diferentes. National Institute on Drug Abuse (1992).

La prevalencia según el DSM V, indica que cerca del 0,4 % de los estadounidenses de entre 12 a 17 años tiene un patrón de uso que cumple con los criterios de trastorno por consumo de inhalantes en los últimos 12 meses. Entre los jóvenes, la prevalencia es mayor en los indígenas americanos y más baja en los afroamericanos. La prevalencia cae hasta alrededor de 0,1% entre los estadounidenses de entre 18 y 29 años, y es solo el 0,02 % cuando se consideran todos los estadounidenses mayores de 18 años, casi sin mujeres y con predominio de los americanos de origen europeo. Por supuesto en los subgrupos aislados, la prevalencia puede diferir considerablemente de estas tasas globales. Asociación Americana de Psiquiatría, (2013).

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Para Aroche, Bestard, López y Ocaña (2010) la farmacodependencia o simplemente dependencia “es una forma especial de adicción, derivada del consumo reiterado de fármacos, de cualquier sustancia que sirva para prevenir, curar, aliviar la enfermedad o para reparar sus consecuencias”.

Según Malley (2018), “los ansiolíticos y los sedantes comprenden las benzodiazepinas, los barbitúricos y los fármacos relacionados, la dosis alta puede causar estupor y depresión respiratoria que se tratan con intubación y ventilación mecánica”. Por otra parte, la prevalencia

indicada por el DSM V, menciona que a los 12 meses del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en el DSM IV, se estima en el 0.3% entre los 12 y 17 años de edad y en el 0,2% entre los adultos mayores de 18 año.

Los hombres mayores presentan tasas del trastorno menores (el 0,3%) a diferencia que las mujeres adultas, pero en el rango de 12 a 17 años de edad, la tasa de las mujeres (el 0,4%) supera a la de los hombres (el 0,2 %). La prevalencia a los 12 meses del DSM IV, del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, disminuye en función de la edad y es mayor entre los 18 y los 29 años (el 0,5%) y más baja entre las personas mayores de 65 años (el 0,4%). La prevalencia a los 12 meses por trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, varía en los grupos raciales / étnicos, de la población de Estados Unidos.

En los adolescentes de 12 a 17 años, las tasas son mayores entre los blancos, (el 0,3%) en relación a los afroamericanos (el 0,2%), los hispanos (el 0,2%), los nativos americanos (el 0,1%), y los americanos asiáticos y de las islas del pacífico (el 0,1%). American Psychiatric Association, (2013)

Trastorno de la conducta

De acuerdo a Fernández y Olmedo (1999). *“Los trastornos del comportamiento perturbador o trastornos de la conducta en la infancia o en la adolescencia engloban un conjunto de conductas que implican oposición a las normas sociales y a los avisos de las figuras de autoridad”*. (p, 23). Los autores Parrado y Sais, (2009). Mencionan que el trastorno de la conducta presenta o patrón repetitivo y persistente de comportamiento, caracterizado por una

violación sistemática de los derechos de otras personas, así como por el incumplimiento de una serie de normas sociales propias de la edad.

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.

Según el DSM V, existen tres subtipos del trastorno de conducta estos han sido clasificados de forma leve, moderada o grave, donde se comparan los criterios relacionados en el DSM V, de acuerdo a las verbalizaciones expuestas por los jóvenes, los cuidadores, y los resultados de las pruebas aplicadas. American Psychiatric Association, (2013)

Policonsumo

Según Gonzales (2013), “*se refiere al consumo consuetudinario de más de una sustancia ya sea de manera simultánea o alternada*”. Para este autor el ser humano utiliza este tipo de consumo para conocer los diferentes efectos ocasionados por la utilización de múltiples sustancias en un periodo corto de tiempo.

El policonsumo es cada vez más común en los jóvenes de todo el mundo siendo estos la población más vulnerable, el cual les genera problemas de salud y alteraciones psicológicas, físicas y sociales ocasionando problemas mentales y de discapacidad. Según (Rumbos, 2004), en Colombia existe un alto índice de consumo de sustancias psicoactivas y de toda la población consumidora el 23 % es policonsumidora. El género que más incide en el consumo es masculino entre las edades de 12 a 50 años. Dentro de las drogas más comunes y que generan más consumo

está el alcohol debido a que es la única sustancia legal en nuestro país, así mismo se encuentra el cannabis y la cocaína.

Según un estudio realizado por (López y et al. 2011), el craving es el fenómeno que hace más difícil abandonar el consumo de sustancias psicoactivas, debido a que si el consumidor desea dejar el consumo aparecen estímulos de situaciones que generan placer o malestar las cuales hacen que la persona reincida en su consumo, por eso es considerado como el factor más importante que genera dependencia. El mismo autor en su estudio indica que el policonsumo se divide en dos tipos, simultaneo y no simultaneo, el primero hace referencia al consumo de diferentes sustancias en el mismo tiempo y el segundo indica el consumo de diferentes drogas en distintas ocasiones.

Efectividad del enfoque cognitivo conductual

Diferentes tratamientos y diferentes enfoques psicológicos han manejado el tema del consumo por sustancias psicoactivas. El modelo cognitivo conductual, ha demostrado que es uno de los tratamientos con mayor validez empírica utilizando teorías como la del aprendizaje social, el comportamiento y las teorías cognitivas. Utilizando metodologías sobre la importancia del autocontrol. (Sánchez y et al. 2002). Según Casas et al. (2011) citando a Carroll (2001) y Carroll et al. (2004) “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”. Para, Keegan (2012) El consumo de sustancias es una “conducta aprendida nadie nace consumidor ni comienza a consumir espontáneamente. Uno de los factores

que inciden en su desarrollo es la exposición en la infancia y/o adolescencia al consumo por parte de personas cercanas” un pionero en este campo como lo fue Marlatt (1985), observo que los tratamientos cognitivo – conductuales era más efectivos que otros, (psicodinámico, humanístico) ya que se maneja el comportamiento, el pensamiento, tiene un plan de prevención a recaídas y es posible combinarse con otros tipos de enfoque sin ninguna dificultad.

Para Sánchez y et al. (2002), diferentes tipos de terapias breves como la terapia interaccional estratégica breve, terapia psicodinámica, la psicoterapia expresiva, se han utilizado para el tratamiento de consumo de drogas, pero no todos han demostrado eficacia en la totalidad del tratamiento. Por eso la terapia breve cognitivo conductual tiene la integración del estudio del comportamiento, el aprendizaje y lo cognitivo tres factores fundamentales que hacen de este enfoque el más apto para tratar los problemas del uso y abuso de sustancias psicoactivas

Tratamientos farmacológicos.

Para, Kostenn & McCance (1997), se han creado diferentes tratamientos farmacológicos para tratar los consumos de alcohol, estimulantes y opiáceos, uno de los objetivos de estos tratamientos es disminuir los síntomas de abstinencia, reduciendo su duración y gravedad y alivio en la prevención de recaídas. Los fármacos más utilizados en el caso del alcohol son benzodiazepinas, betabloqueantes, carbamacepinas y valproato, en el caso de los opiáceos los fármacos son clonidina y naltrexona. Los tratamientos de mantenimiento se dividen en bloqueantes los cuales mantienen la abstinencia evitando efectos conductuales y fisiológicos debido a la droga consumida, por otra parte, están los substitutivos los cuales reducen el anhelo al consumo de drogas y disminuyen los síntomas de abstinencia entre estos fármacos se encuentra la metadona.

Para la droga como el cannabis, según Atance (2006), aun no se han encontrado fármacos efectivos que permitan el control del consumo, solo y para aliviar los síntomas de abstinencia se ha utilizado de manera controlada el tetrahidrocannabinol el cual no disminuye el deseo de consumo. Otra droga para la cual no se ha encontrado un tratamiento farmacológico eficaz es para la cocaína, por tanto, los abordajes psicológicos van dirigidos hacia el control de la abstinencia mediante la prevención de recaídas y la rehabilitación de habilidades sociales. Menéndez (2000).

Objetivos

Objetivo General

Desarrollar, un plan de tratamiento cognitivo conductual de intervención psicológica en un estudio de caso único de problemas relacionado por consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos Específicos

Identificar sintomatología presente del consultante, con el fin de elaborar un diagnóstico clínico.

Diseñar un plan de tratamiento cognitivo-conductual de acuerdo a los objetivos terapéuticos definidos con el consultante.

Analizar los resultados obtenidos a través del proceso terapéutico y aplicación de pruebas pre y pos test.

Método

Participantes

El estudio de caso único se llevó a cabo con un consultante de 17 años de edad, sexo masculino, desescolarizado dejando los estudios hasta sexto grado de bachillerato. Tiene tres hijos, cuya cotidianidad gira alrededor de una familia reconstituida funcional. La desintegración y/o separación de los padres de N. Se genera debido a la muerte del padre producto de un cáncer de estómago. Cabe resaltar que el consultante N. pierde a su padre a la edad de 15 años.

Instrumentos de Exploración

Entrevista no estructurada.

Se implementa una entrevista no estructurada en este caso el entrevistador tiene la flexibilidad para adaptar la entrevista a las características psicológicas del entrevistado, avanzando o retrocediendo en función de su propósito. (Bleger, 1964). La entrevista se lleva a cabo con el fin de realizar encuadre con la presentación del profesional a cargo del caso, primer acercamiento con el consultante y recepción de los datos para el diligenciamiento de la historia clínica.

Observación conductual.

La observación conductual es un método frecuentemente requerido en algún momento de la intervención y su objetivo está dirigido a obtener información más detallada acerca de las conductas problemáticas identificadas. (Ruiz, 2013). Se implementa este método con el fin de

obtener información de la ya suministrada por el paciente y poder identificar sintomatología que no haya sido expuesta por el consultante.

Historia clínica.

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. (Guzmán y Arias, 2012) Se utiliza el formato de historia clínica sistematizado proporcionado por la Asociación niños de papel. El diligenciamiento de la misma se realizó de forma simultánea con la entrevista abierta y la obtención de los datos se llevó a cabo en la primera sesión.

El formato de historia clínica inicia con los datos sociodemográficos del consultante (nombre, edad, sexo, escolaridad, fecha de nacimiento, lugar de procedencia, nombre del padre, de la madre, fecha de ingreso a la fundación, motivo de ingreso y nombre del profesional que lo valora. Seguido de antecedentes familiares y situación actual, características personales, dinámicas y características familiares, pruebas psicológicas aplicadas, concepto psicológico del profesional (examen mental), concepto psicológico de la familia y plan de atención.

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. Es un breve Cuestionario de detección para averiguar sobre el uso y la caracterización del nivel de sustancias psicoactivas por parte de las personas. Era desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un equipo internacional de investigadores sobre el uso de sustancias como

un método simple para detectar peligros, daños y Uso dependiente de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas. (OMS, 2010).

Cuestionario A-D (1988 -1991).

El cuestionario A-D es la prueba de identificación de conducta antisocial y delictiva, aplicación individual y colectiva, duración variable entre 10 y 15 minutos aproximadamente, población niños y adolescentes. Las contestaciones anotadas en el cuestionario u hoja de respuestas pueden ser calificadas y puntuadas manualmente o mediante un proceso de mecanización.

Cada respuesta puede recibir 0 o 1 punto; la puntuación de cada elemento contribuye a una sola escala. La puntuación natural en la escala A es el número de elementos contestados con SI en los 20 primeros elementos (1 a 20) del cuestionario los cuales hacen referencia a la identificación de la conducta antisocial, y la puntuación natural en la escala D es también el número de veces que el sujeto ha contestado SI en los últimos elementos (21 a 40) del cuestionario los cuales busca la identificación de conductas delictivas. La puntuación máxima en cada escala es, por tanto, de 20 puntos. (Cubero y Blanca, 2001)

Un estudio psicométrico del cuestionario de conducta antisocial – delictiva a estudiantes de secundaria, Lima, Perú, elaborado por Lacunza et.al. (2016). fue realizado a adolescentes entre las edades de 12 a 18 años de edad, identificando confiabilidad del instrumento, bajo el coeficiente alfa de combrach, 0.963. Por su parte también en la ciudad de Cali, Colombia elaborado por Sanabria & Rodríguez (2009) se realizó un estudio conductas antisociales y delictivas a 170 adolescentes, 72 infractores de ley y 107 no infractores, caracterizados entre

hombres y mujeres de los 12 a 18 años de edad. Evidenciándose que los hombres presentan conductas antisociales y delictivas mayores en comparación con las mujeres.

Escala de afrontamiento para adolescentes ACS (1996 – 2000).

Identificar mediante la Escala de Afrontamiento (ACS) la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento empleadas para enfrentar problemas o situaciones estresantes mediante la evaluación de 18 factores, (Buscar apoyo social (AS), Concentrarse en resolver problemas (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 (So), Ignorar el problema (Ip), Auto-inculparse (Cu), Reservarlo para sí (Re), Buscar apoyo espiritual (Ae), Fijarse en lo positivo (Po), Buscar ayuda profesional (Ap), Buscar diversiones relajantes (Dr) y Distracción física (Fi). (Pereña y Seisdedos, 2000).

Escala de habilidades sociales EHS (2000).

Identificar mediante la Escala de Habilidades Sociales (EHS) la frecuencia de uso de las habilidades sociales empleadas para enfrentar problemas o situaciones estresantes mediante la evaluación de IV ítems los cuales hacen referencia a: Auto-expresión en situaciones sociales, Defensa de los propios derechos como consumidor, Expresión de enfado o de inconformidad, Decir no y cortar interacciones, Hacer peticiones e Iniciar interacciones con el sexo opuesto. (González, 2002)

Ansiedad estado / rasgo IDARE (1980)

El inventario está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad. La llamada ansiedad rasgo y la denominada

ansiedad estado. La escala A Rasgo del inventario consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir como se sienten generalmente. La escala A Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una en cada lado de ella.

La Ansiedad Estado, es conceptuada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad Rasgo, se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A estado. Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970).

Procedimiento

El proceso de intervención psicológica realizado, se llevó a cabo en 10 sesiones, cada una tuvo una duración de aproximada de una hora, y se efectuaron durante un periodo de dos meses y medio, ejecutándose de la siguiente manera:

Primera etapa: Evaluación y diagnóstico

En la primera fase (sesiones de la primera a la tercera), se realiza una evaluación clínica y observación conductual con un primer acercamiento con el consultante, en esta fase se realiza la obtención de datos sociodemográficos, se conoce el motivo de consulta, se establece la estructura

familiar, por medio del examen mental se realiza la evaluación actual del consultante, en la segunda sesión se aplicaron las pruebas psicométricas (prueba habilidades sociales para adolescentes (EHS), estrategia de afrontamiento (ACS), Inventario A-D, inventario depresión de estado / rasgo (IDER) e Inventario ansiedad estado / rasgo (IDARE) que permitieron la identificación de signos y síntomas los cuales apoyaron en la revisión y validación de criterios del DSM V lo cual permite establecer la impresión diagnóstica. Finalmente se retroalimentan los resultados de las pruebas aplicadas, se realizó psi-coeducación sobre los síntomas y se concertó el plan de tratamiento a realizar para la disminución de los síntomas.

Segunda etapa: Intervención

En la segunda fase (sesiones de la tercera a la octava), se da inicio al plan de tratamiento establecido, cada sesión tiene una duración de una hora aproximadamente y se desarrolló de la siguiente manera:

Sesión tres: Se da inicio a la sesión realizando retroalimentación de lo sucedido durante la semana, y la devolución de los resultados de las pruebas aplicadas. Esta tiene como objetivo terapéutico, entrenar al consultante en técnicas conductuales (técnica respiración profunda y auto-supervisión) para el manejo del auto control y la ansiedad, lo que permitió al consultante reconocer los recursos que posee para abordar sus dificultades y aumentar su sentido de control ante circunstancias negativas.

Sesión cuatro y cinco: En el primer momento se realiza retroalimentación de los ejercicios trabajados en la sesión anterior. Para esta sesión se establecieron dos objetivos terapéuticos, el primero fue iniciar con el entrenamiento de estrategias de afrontamiento y habilidades sociales

para fortalecer en el consultante las herramientas menos utilizadas y el segundo objetivo fue identificar ideas irracionales en el consultante con el fin de modificar el modo de interpretación y la valoración subjetiva mediante la técnica del dialogo socrático que permite cuestionar los pensamientos desadaptativos, planteando pensamientos racionales los cuales contribuyan en la disminución de la perturbación emocional y conductual.

Sesión seis: Al principio de la sesión se realiza retroalimentación de lo sucedido durante la semana y de las técnicas que se han implementado en el proceso, esta sesión tiene dos objetivos terapéuticos, el primero, dar continuidad a la modificación de pensamientos irracionales por medio de la técnica dialogo socrático de enfoque cognitivo, y el segundo, seguir con el entrenamiento sobre la utilización de estrategias de afrontamiento y habilidades sociales, mediante la utilización de las técnicas de ensayo conductual y feedback / retroalimentación.

Sesión siete: Se inicia la sesión dialogando con el consultante acerca de la evolución del proceso, esta sesión tiene dos objetivos terapéuticos. El primero, continuar con el entrenamiento en técnicas de respiración para la disminución de emociones negativas y de ansiedad, y el segundo objetivo, identificar y expresar sentimientos de duelo por medio de la técnica del duelo una entrevista semiestructurada.

Sesión ocho: En el primer momento de la sesión se hace devolución de información de las técnicas trabajadas, esta sesión tiene dos objetivos terapéuticos, el primero fue finalizar el proceso de duelo a través de la implementación de la técnica del duelo, y el segundo, darle continuidad al proceso de modificación de pensamientos irracionales, mediante la técnica del dialogo socrático, con el propósito de favorecer el bienestar psicológico del consultante.

Fase prevención de recaídas aplicación pos y cierre.

Al finalizar las fases de intervención, en las sesiones nueve a la once se realiza una evaluación post al tratamiento con el fin de identificar mejoría y hacer la devolución de la misma al consultante mostrando el cumplimiento de los objetivos y de manera positiva retroalimentar el proceso de cambio.

En las sesiones nueve y diez se trata de prevenir recaídas mediante la técnica de reestructuración cognitiva utilizando el dialogo socrático, En la sesión once, se realizó la evaluación post-test mediante la aplicación del inventario de ansiedad estado / rasgo (IDARE), el cuestionario de estrategias de afrontamiento (ACS) y el cuestionario de habilidades sociales (EHS) Por último, en la sesión doce, se hace cierre del proceso que incluye la devolución de los resultados obtenidos en la evaluación post, se resaltaron los avances y cambios positivos obtenidos por el consultante, finalmente se plantea un compromiso con el fin de seguir realizando los entrenamientos aplicados en cada una de las sesiones los cuales le permiten seguir avanzando positivamente y seguir evolucionando en el proceso de institucionalización.

Formulación del caso clínico

Nombre: N.I.R **Edad:** 17 años **Fecha de nacimiento:** 25/10/2003
Escolaridad: Bachiller **Ciudad:** Bucaramanga **Estado civil:** Soltero
Religión: católica **Ocupación:** Cesante **Hijos:** Sin hijos.

Antecedentes Psiquiátricos: Desde los 16 años y en la actualidad (1 año de consumo), presenta abuso de sustancias psicoactivas (poli consumo), iniciando con alcohol y tabaco las cuales fueron remplazadas por estimulantes (cocaína, anfetaminas), cannabis, inhalantes y sedantes. Hace tres meses se encuentra institucionalizado recibiendo tratamiento psicológico y psiquiátrico, donde le son suministrados medicamentos bajo supervisión médica como: levomepromazina flouxetina 20 mg (antidepresivos), carbamacepina 200 mg (anticonvulsivo y estabilizador del estado de ánimo), y haloperidol (antipsicótico).

Familiograma:

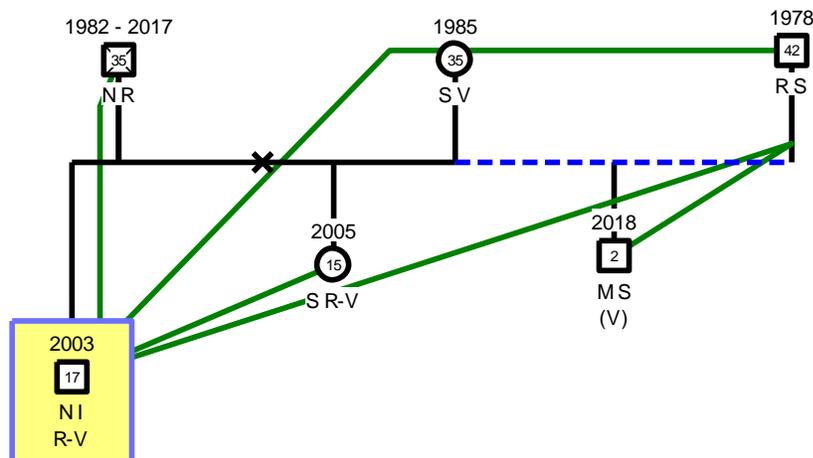


Figura 1. *Familiograma*

Tabla 1. *Descripción familiar*

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Grado de Escolaridad	Ocupación	Relación
N.I.R.V	Hijo	17 años	6° grado	Cesante	Consultante
S.V	Madre	35 años	Primaria	Hogar	Cercana
N.R	Padre	35 años	Bachiller	Fallecido	Cercana
R.S.T	Padrastro	42 años	Bachiller	Militar	Cercana
S.R.V	Hermana	14 años	Bachiller	Estudiante	Cercana
M.S.V	Hermano	2 años	N/A	N/A	Cercana

Nota: *Las edades de los usuarios corresponden a la edad que tenían al momento de la primera atención.

Tipología: Familia reconstruida

El consultante (N.) es el primero de los dos hijos de padre y madre del primer matrimonio, cuya cotidianidad giraba alrededor de una familia de relación distante y conflictiva entre los padres y cercana entre padres e hijos. La desintegración de la familia de N. se concibió debido al fallecimiento del padre a los 35 años generado por cáncer de estómago. En la actualidad la madre tiene otra relación, de la cual hay un hijo de dos años. Desde la desintegración de la familia, (N) inicio consumo de sustancias psicoactivas, dejó su proceso escolar quedando en primero de bachillerato vive con su madre, padrastro y hermanos. N, refiere que, a pesar del consumo de SPA, la relación con todos los miembros de la familia es cercana, no hay conflictos y manifiesta que su padrastro adopto el papel de papá orientándolos y guiándolos de una manera positiva y asertiva.

Motivo de consulta.

Madre del consultante refiere “interno a mi hijo en la fundación niños de papel por consumo de drogas, me di cuenta de su consumo hace un mes y decidí llevarlo al médico buscando ayuda, el papa murió hace un año y desde ahí mi hijo es rebelde, no volvió a estudiar, tiene malas amistades y se la pasa en la calle”

Descripción del motivo de consulta.

El consultante y su acudiente, manifiestan que hace seis meses se presentan síntomas de irritabilidad, agresividad y hostilidad, frecuente con adolescentes que presentan conductas desadaptativas, como: consumo de sustancias, entre ellas estimulantes (cocaína, anfetaminas), cannabis, sedantes inhalantes, tabaco y alcohol y conductas delictivas (hurto, porte ilegal de armas, expendio de drogas) Expresa que el inicio del consumo se generó con el fin de aliviar el dolor de la pérdida del padre y que las primeras sustancias consumidas fueron el alcohol y el tabaco, seguido por los estimulantes (cocaína y anfetaminas), cannabis, sedantes e inhalantes. El consultante manifiesta que tiene antecedentes de conductas de hurto y porte ilegal de armas, conductas que fueron realizadas bajo el consumo de estimulantes (cocaína y anfetaminas), también hace referencia a que el consumo más frecuente de SPA se relaciona con el cannabis.

Problemas

Poco control de impulsos, ideas irracionales como: “si consumo no me siento mal”, consumo para sentir paz y alegría”, “yo controlo el consumo”, “si consumo se me facilita tener plata”, “si

consumo puedo pertenecer a mi parche”, consumo de SPA, déficit estrategias de afrontamiento, pocas habilidades sociales, dificultad en la comunicación y en la interacción. Conductas delictivas como, hurto y porte ilegal de armas, síntomas ansiosos relacionados, a la sudoración, respiración rápida, movimiento repetitivo de extremidades.

Descripción del problema

El consultante refiere que todos los problemas anteriormente mencionados se iniciaron y se entrelazaron desde el momento del consumo de sustancias psicoactivas. Cuando se menciona el control de los impulsos hace referencia a no controlar su emocionalidad y actuar agresivamente frente a las circunstancias que se presentan tanto a nivel familiar, como social. Incluso el consultante refiere que dentro de la institución niños de papel se presentaron sucesos de agresión e irritabilidad con los compañeros (pares).

Pensamientos desadaptativos que aumentan la perturbación emocional y conductual llevándolo no solo al consumo de SPA sino a la realización de conductas desadaptativas y delictivas (Hurto, porte de arma blanca, lesiones personales y delitos contra el orden público).

Consumo de SPA: El consultante refiere que consume sustancias psicoactivas hace un año aproximadamente. Iniciando por alcohol y tabaco, seguido de estimulantes como lo son la cocaína y las anfetaminas, cannabis, sedantes e inhalantes. El consumo según refiere el consultante se dio a partir del fallecimiento de su padre (hecho ocurrido cuando la menor tenía diez y seis años) y expresó que en varias de las ocasiones se refugió en el consumo intentando aliviar el dolor causado por los recuerdos de su padre. Según lo expresado por el consultante las

conductas delictivas y desadaptativas que se generaron estado en consumo de sustancias psicoactivas, manifiesta que sin el consumo no hubiese sido capaz de realizarlas.

Pocas estrategias de afrontamiento: El consultante N. presenta desequilibrio emocional y conductual en los momentos de afrontar una situación problema, o situaciones estresantes, situaciones negativas, son enfrentadas por el consultante por medio del uso de sustancias psicoactivas, estas situaciones hacen referencia a: ausencia del padre, discusiones intrafamiliares, buscar aceptación del grupo, amistades de adolescentes que tienen conductas desadaptativas como consumo de drogas, hurto, porte ilegal de armas y expendio de drogas.

Historia personal

El consultante (N.) de 17 años, primero de los dos hijos de padre y madre del primer matrimonio, cuya cotidianidad giraba alrededor de una familia de relación distante y conflictiva entre los padres y cercana entre padres e hijos. La desintegración de la familia de N. se concibió debido al fallecimiento del padre a los 35 años generado por cáncer de estómago. En la actualidad la madre tiene otra relación, de la cual hay un hijo de dos años.

Desde la desintegración de la familia, (N) inicio consumo de sustancias psicoactivas, dejo su proceso escolar quedando en sexto grado de bachillerato vive con su madre, y la actual pareja sentimental de su madre y hermanos. N, refiere que, a pesar del consumo de SPA, la relación con todos los miembros de la familia es cercana, no hay conflictos y manifiesta que el compañero sentimental de su madre adopto el papel de padre orientándolos y guiándolos de una manera positiva y asertiva.

Evaluación sincrónica

El consultante hace relevancia a que su contexto actual (el estar institucionalizado en una fundación de rehabilitación a drogodependientes) problemas del comportamiento y delictivas (proceso judicial por hurto), se debe a la pérdida de su padre señala esta como el desencadenante, ya que tenían una buena relación donde el dialogo, la comunicación asertiva, la amistad y el respeto eran los valores que dirigían dicha relación, también menciona como factor de riesgo relevante la interacción con adolescentes que presentan conductas desadaptativas, como: consumo de sustancias, entre ellas estimulantes (cocaína, anfetaminas), cannabis, sedantes inhalantes, tabaco y alcohol. Conductas delictivas como (hurto, porte ilegal de armas), pensamientos desadaptativos los cuales también lograban el desequilibrio emocional y conductual.

Evaluación Diacrónica

Factores de predisposición como: Fallecimiento del padre y contexto social en el que vive donde la venta y consumo de sustancias es frecuente entre la población.

Factores de Predisposición

Ausencia del padre por muerte, en el contexto social en el que vive, se presentan expendios de droga, y adolescentes con conductas desadaptativas.

Factores de Adquisición

Ausencia por muerte de la figura paterna e influencia social.

Factores de Mantenimiento

Interacción con adolescentes que presentan conductas desadaptativas, quienes consumen y expenden droga, ejecutan conductas delictivas. Posee dificultad en las habilidades sociales y pocas estrategias de afrontamiento.

Factores Protectores

Búsqueda de apoyo de su núcleo familiar actual, o profesionales de la salud
Religiosidad.

Dominios

Emocional afectivo

Presenta cambios emocionales y conductuales, asociados a la abstinencia debido a que se encuentra institucionalizado hace aproximadamente tres meses. Se evidencia ansiedad, irritabilidad y hostilidad los cuales lo llevan a realizar conductas agresivas y desadaptativas con sus compañeros.

Cognoscitivo verbal

El consultante presenta adecuados procesos cognitivos (lenguaje, memoria, y atención), mantiene un lenguaje fluido, responde coherentemente lo que se le pregunta, está activo y atento a las indicaciones y actividades realizadas, se evidencia edad aparente con su edad cronológica, aseado, vestimenta acorde a sexo, edad y contexto; consiente, alerta, colaborador, Orientado en espacio y tiempo.

Interacción

Se presenta dificultad en la interacción con los pares y profesionales encargados del proceso en el que se encuentra, debido a que el consultante se niega a participar de las actividades y presenta dificultad para reconocer las normas en la fundación. Lo anterior debido a la falta de adaptación al lugar en el cual se encuentra hace cuatro meses aproximadamente, donde esta institucionalizado y a la falta de empatía generada por la no interacción y participación de las diferentes actividades propuestas por la fundación.

Repertorios relacionados a salud

Se observa en el consultante interés por su cuidado e higiene personal, puesto que refiere dedicar tiempo a su autocuidado. El consultante no percibe el consumo de SPA como enfermedad y no considera en ella un peligro para su vida.

Contextos

Académico laboral

Consultante presenta deserción escolar, cursado hasta sexto grado, actualmente no se encuentra escolarizado, ya que esta institucionalizado en una fundación realizando un proceso de rehabilitación.

Familiar

En la infancia y pre adolescencia el consultante convivía con su padre, madre y hermana donde refiere una relación conflictiva entre los padres, pero cercana entre padres e hijos. Después de 19 años de matrimonio su padre fallece debido a un cáncer de estómago. En la actualidad la

madre tiene otra relación, de la cual hay un hijo de dos años. Desde la desintegración de la familia, (N) inicio consumo de sustancias psicoactivas hace aproximadamente un año dejó su proceso escolar quedando en sexto grado de bachillerato vive con su madre, pareja sentimental de su madre y hermanos.

Pareja sexual

El consultante se encuentra en una relación afectiva (pareja), duración en tiempo de la misma es de dos años, actualmente la relación es distante debido a que se encuentra institucionalizado y en la fundación solo se permiten visitas de su núcleo familiar, para el caso del consultante (mamá, pareja sentimental de la madre, abuela y hermanos).

Condiciones ambientales:

El contexto social es de estrato socioeconómico nivel medio, deserción escolar, consumo de sustancias estimulantes (cocaína, anfetaminas), cannabis, sedantes, inhalantes, alcohol y tabaco.

Estímulos discriminativos:

La percepción del consultante de pertenecer al grupo y ser aceptado por sus pares negativos (adolescentes que presentan conductas de consumo y conductas delictivas, ideas irracionales y los pensamientos desadaptativos como “si consumo no me siento mal”, consumo para sentir paz y alegría”, “yo controlo el consumo”, “si consumo se me facilita tener plata”, “si consumo puedo pertenecer a mi parche”. Que generan la alteración en la conducta que lo lleva a presentar comportamientos delictivos como (hurto, porte ilegal de armas), falta de asimilación de la muerte y ausencia de su padre, falta de empatía con compañeros que pueden ayudar a generar un cambio

Formulación de hipótesis.

Problema.

El consultante y su madre acuden a la entidad promotora de salud en busca de remisión a una institución para ser internado por primera vez, debido al consumo que presenta de estimulantes (cocaína, anfetaminas), cannabis, sedantes, inhalantes, alcohol y tabaco y las alteraciones conductuales que manifiesta, las cuales se mostraban como factores que afectaban el área comportamental y emocional dentro de la sociedad.

Se presenta con manifestaciones de irritabilidad, agresividad, hostilidad y antecedentes de conductas delictivas (hurto), asociadas al consumo de estimulantes.

Así mismo, se evidencia el consumo de sustancias psicoactivas para aliviar el dolor de la muerte de su padre hecho ocurrido a los 16 años del consultante, por pertenecer y ser aceptado a un grupo de antecedentes de conducta delictivas como hurto y porte ilegal de armas como elemento relevante que ha acarreado diversos problemas legales y sociales. Conductas presentadas hace aproximadamente ocho meses, y son conductas realizadas dentro de episodios de consumo de sustancias psicoactivas específicamente estimulantes (cocaína- anfetaminas).

Hipótesis

Como consecuencia de la muerte de su padre, se presentaron conductas de malestar, sensación de abandono lo cual conllevó al consultante a iniciar el uso permanente de sustancias psicoactivas. Las cuales generaron conductas delictivas, desequilibrio emocional, dificultades en el afrontamiento de situaciones estresantes y de malestar, dificultad en la interacción social y habilidades sociales.

Como consecuencia de la muerte de su padre se generaron conductas permanentes de consumo de sustancias psicoactivas, conductas delictivas, desequilibrio emocional, dificultades en el afrontamiento de situaciones estresantes y de malestar, dificultad en la interacción social y habilidades sociales.

Análisis explicativo

Repertorios de autocontrol:

Presenta dificultad para la adaptación en el sitio donde se encuentra institucionalizado debido a que presenta un estado de abstinencia de consumo de drogas, separación familiar, poca empatía con sus compañeros evidenciando agresión a sus pares y manifestación de sentimientos de ira, irritabilidad, hostilidad, ideas de evasión.

Autoconocimiento:

El consultante identifica aspectos negativos como el consumo de sustancias psicoactivas, (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes y sedantes) mantiene sentimientos de culpa, de acuerdo al malestar emocional que causa a su madre, por sus conductas de consumo y delictivas. Refiere ser consciente de las conductas delictivas y agresivas realizadas durante episodios de consumo de sustancias psicoactivas. Aunque en ocasiones y de manera irracional manifiesta que “el consumo no es un problema, que él lo puede controlar”. Indica que en momentos ansiosos solicita cita con psiquiatría para el aumento de los medicamentos.

Repertorios para modificar el ambiente

N. manifiesta voluntariamente a los cuidadores y profesionales encargados del proceso sobre su estado de ánimo, las ideas de evasión y las crisis de ansiedad presentadas, con el fin de buscar ayuda en la disminución de los síntomas. El consultante refiere visitas familiares cada ocho días específicamente los domingos con el fin de mantener el apoyo familiar brindado, generando avances en el proceso.

Regulación verbal del comportamiento:

El consultante N. utilizaba verbalizaciones como “no me gusta que mandan hacer las cosas, que me obliguen” “no me gusta participar de las actividades”, “si me molestan mis compañeros, reacciono agresivo, desafiándolos a pelear”, “la mayoría de las veces en la visitas familiares, le pido a mi mamá que me saque, “ me quiero ir para la casa” “yo controlo el consumo afuera”, “le prometo doctora que si me voy para la casa por mis hermanos dejo el consumo, si quiere pide la dirección a mi mamá y hace el seguimiento desde allá” , “quiero retomar mis estudios”.

Identificación de la conducta:

I. Inicio de consumo de alcohol, tabaco, estimulantes (anfetaminas – cocaína), cannabis, sedantes e inhalantes, para aliviar el dolor de la ausencia por muerte de su padre, ser aceptado en un grupo social de pares negativos, pertenecer a una pandilla.

II. Ideas irracionales, justificadoras del consumo

III. Conductas de impulsividad como hurto, porte ilegal de armas

IV. Conductas de agresividad por falta de empatía, comunicación asertiva y relaciones personales

V. Comportamientos de desacato a las normas, deserción escolar.

Conducta clínicamente relevante:

CCR2 en las sesiones realizadas terapeuta - consultante, se identifican diferentes ideas irracionales las cuales son relacionadas como factores predominantes hacia la falta de adaptación y compromiso de N. En la fundación y su proceso de rehabilitación mostrando conducta activa y colaboradora en cada una de las actividades realizadas.

Función explicativa:

El consultante desde la infancia observa en su núcleo familiar violencia y disfuncionalidad en el hogar, presencia a sus 16 años de edad la muerte de su padre generada por un cáncer de estómago, la cual es afrontada sumergiéndose en el consumo de sustancias psicoactivas, perteneciendo a pandillas, realizando hurtos y portando armas de manera ilegal.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo inducido por una sustancia / medicamento

El consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos según la asociación americana de psiquiatría (2013) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V:

1. 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.
2. Los síntomas son desarrollados poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición de un medicamento.

Por tanto, los síntomas no causan un malestar significativo para ser establecido como impresión diagnóstica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamentos

El consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos según la asociación americana de psiquiatría (2013) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V:

1. Los ataques de pánico predominan en el cuadro clínico
2. Los síntomas desarrollados poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

Por ende, los síntomas no causan un malestar significativo para ser establecido como impresión diagnóstica.

Trastorno Negativista Desafiante

El consultante presenta los siguientes criterios

1. Patrón de enfado e irritabilidad, discusiones y actitud desafiante
2. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos

3. Culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento

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.

Impresión Diagnóstica

304.30 (F12.20) Trastornos por consumo de cannabis

La presentación del Trastorno por consumo de cannabis, se suele presentar de manera comórbida con otros tipos de trastorno por consumo de sustancias (ej. Alcohol, cocaína, opioides). En los casos en que se consumen múltiples tipos de sustancias, muchas veces el individuo minimiza con los síntomas relacionados con el cannabis, puesto que los síntomas pueden ser de menor gravedad o causar menos daño que los relacionados directamente con otras sustancias. (American Psychiatric Association, 2013).

- 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 siguientes hechos en un plazo de 12 meses:
1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para consumir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis
5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de cannabis en las que provoca un riesgo físico.

Comorbilidad con:

304. 40 (F15.20) Trastorno por consumo de estimulantes

A. Patrón de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provocan un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses según DSM V:

1. Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.
5. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continua con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre de un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante.

305.1 (Z72.0) Trastorno por consumo de tabaco.

Según la gravedad actual: Leve

Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado.

A. Patrón problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos en un plazo de 12 meses. El consultante presenta tres criterios según DSM V:

1. se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
3. Consumo recurrente de tabaco en situaciones que le provocan un riesgo físico. (P. ej., fumar en la cama).

- 305.00 (F10.10) Trastorno por consumo de alcohol

Según la gravedad actual: Leve

Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado.

A. Patrón problemático de consumo de alcohol 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. El consultante cumple 3 criterios:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Consumo recurrente de alcohol en situaciones que le provocan un riesgo físico.

- 304.60 (F18.20) Trastorno por consumo de inhalantes

Según la gravedad actual: Moderado

Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado.

A. Patrón problemático de consumo de sustancias inhalantes a base de hidrocarburos 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. El consultante cumple con 4 criterios:

1. Se consume inhalante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Consumo recurrente de inhalante que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
3. Consumo recurrente de alcohol en situaciones que le provocan un riesgo físico.
4. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades profesionales, sociales o de ocio.

- 301.7 (F60.2) Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Según la gravedad actual: Moderado

Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado.

A. Patrón problemático de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos 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. El consultante cumple con 4 criterios:

1. Se consume sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
3. El consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades profesionales, sociales o de ocio.
4. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso.

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

F15.280 Trastorno de ansiedad inducido anfetamina, con inicio durante la abstinencia.

F14.280 Trastorno de ansiedad inducido cocaína, con inicio durante la abstinencia.

Los ataques de pánico o ansiedad predominan en el cuadro clínico.

Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

La sustancia o medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A.

El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias o medicamentos. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

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

312. 82 (F91.2) Trastorno de conducta

Según la gravedad actual: Grave

Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado.

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respeten los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por los menos en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros
2. A menudo inicia peleas
3. A usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma)
4. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. eje., atraco, robo de un monedero, extorción atraco a mano armada).

Engaño o robo

1. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien
2. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación).

- B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico o laboral.

Plan de intervención

Aplicación de técnicas cognitivo conductuales

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. (Finley, Wilbourne y Moos, 2007). Estas suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. (Tomás e Iglesias, 2008)

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia se incluyen (Quirke, 2001):

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Entrenamiento en manejo del estrés
- Entrenamiento en relajación
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Prevención de recaídas

Para el plan de intervención realizado al consultante N. se utilizaron las siguientes técnicas cognitivo – conductuales.

Psicoeducación.

Se entiende como un modelo terapéutico (cadena pensamiento-emoción-conducta), estrategias de afrontamiento y en que consiste su perfil de personalidad. Seguidamente, se encuadran las problemáticas y objetivos terapéuticos en el modelo cognitivo conductual enfatizando el papel que juega el pensamiento en la interpretación y afrontamiento de las situaciones”. (Bastida, 2018).

Técnica de Respiración

Para Ruiz, Díaz y Villalobos (2013), la respiración es un proceso esencial en la regulación de la actividad metabólica del organismo; y desde allí el objetivo del entrenamiento en respiración es conseguir un patrón respiratorio apropiado filosóficamente que generalmente será adecuado para reducir las diferentes alteraciones respiratorias. No obstante, el tipo de ejercicios variaría en función del objetivo de cada intervención. (Chóliz, 1998).

Entrenamiento en relajación progresiva

Su desarrollo se debe a Edmund Jacobson (1939), quien comprobó en su laboratorio de fisiología clínica, de Chicago que tensando y distendiendo una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose un estado de relajación profunda”. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2013, p.258).

El objetivo del entrenamiento en relajación progresiva es reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular”. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2013, p.258).

Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas cognitivo – conductuales mas sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductua. (Lopez y Garcia, 2010).Esta tecnica consiste en identificar y cuestionar los pesamientos desadaptativos, para que sean modificados, por otros mas oportunos y reduzca o elimine asi la problemática emocional y / o conductual generada por los anteriores. (Lopez y Garcia, 2010).

En la Reestructuración cognitiva los pensamientos son considerados como hipotesis y terapeuta paciente trabajan juntos para recoger datos que terminen si dichas hipotesis con correctas o utiles. (Lopez y Garcia, 2010). Para que el consultante identifique los pensamientos que debe cambiar el terapeuta realiara una serie de preguntas, donde el paciente evaluan sus pensamientos negativos. (Clark, 1989).

Diálogo socrático

El dialogo socrático es una técnica cognitiva, que busca provocar una disonancia cognitiva, a través del descubrimiento guiado del terapeuta mediante preguntas sistemáticas que pongan en evidencia los errores lógicos en la forma de procesar la información. (Partarrieu, 2011). El terapeuta cuestiona los pensamientos del cliente mediante preguntas para que así este tenga que reconsiderarlos. Además, el terapeuta entrena al cliente a formularse dichas preguntas y lo guía en la evaluación crítica de sus pensamientos. (Bados y García, 2010).

Técnica de duelo

El duelo es considerado por la mayoría de los autores como un proceso por el que la persona ha de pasar tras la muerte de un ser querido. (Alberola, Adsuara y Reina, 2002). Desde el

enfoque del constructivismo social, el duelo es un proceso emocional y como tal tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren alrededor suyo, es un proceso en donde se debe ser capaz de reconstruir su mundo. (Fernández y Vega, 2002).

Prevención de recaídas

Estas sesiones se dedican a consolidar los logros obtenidos y prevenir posibles recaídas. Se resumen los aspectos abordados en la psicoeducación, así como las variables que afectaron al inicio, desarrollo y evolución del problema, y las estrategias y habilidades adquiridas durante la terapia”. (Caballo, 2007).

Es un programa de autocontrol diseñado con el objetivo de ayudar a las personas a anticipar y afrontar los problemas de recaídas en el proceso de cambio de las conductas adictivas” (Marlatt, 1993 cit En Castilla, 2016). Se presenta como un enfoque cognitivo conductual al combinar el entrenamiento en habilidades para modificar conductas, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida”. (Castilla, 2016).

Según (Marlatt, 1993), este programa parte de la idea de que el individuo experimenta una sensación de control durante el tiempo que mantiene la abstinencia. A medida que el tiempo de abstinencia sea mayor, esta sensación de control también aumentará. Este concepto se ha relacionado con el de autoeficacia de Bandura (1993 cit En Castilla, 2016), entendido como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. Cabe resaltar que el control que se cree tener puede verse en riesgo frente a cualquier situación amenazante o estresante a la que pueda enfrentarse.

Resultados

Tras doce sesiones de evaluación y tratamiento que incluyeron la implementación de diversas técnicas cognitivo conductuales enfocadas a la intervención de las problemáticas del consultante y a preservar la alianza terapéutica, se evidencia el logro de 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 sustancias psicoactivas la cual arrojó la siguiente puntuación: 30 para cannabis, 22 para cocaína 18 para anfetaminas y sedantes, 15 para inhalantes y 14 para tabaco y alcohol. Las sustancias más consumidas en los últimos 3 meses antes de ser institucionalizado son cannabis y anfetaminas, con un consumo diario.

Cuestionario de conductas antisociales y delictivas A-D.

En la aplicación del cuestionario de conductas antisociales y delictivas A-D, se evidenció un puntaje alto en las conductas delictivas, los ítems que puntuaron alto fueron: pertenecer a una pandilla, llevar algún tipo de arma, coger la bicicleta de un desconocido, robar cosas de grandes almacenes, entrar en una casa, piso y robar algo, robar ropa de un tendedero o cosa de los bolsillos de ropa colgada en una percha, tomar drogas y entrar a un club prohibido o comprar bebidas prohibidas, lo cual es consecuente con lo verbalizado por el consultante, cumpliendo el criterio grave que corrobora la comorbilidad con el trastorno de conducta.

Los resultados de esta fase se obtienen luego de identificar la sintomatología referida, el tiempo, frecuencia de evolución, antecedentes y el análisis funcional; al finalizar la evaluación clínica pre tratamiento se postula una impresión diagnóstica el 304.40 (F15.20) Trastorno por consumo de estimulantes; presenta comorbilidad con: 305.1 (Z72.0) Trastorno por consumo de tabaco. Según la gravedad actual: Leve, Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado. 305.00 (F10.10) Trastorno por consumo de alcohol. Según la gravedad actual: Leve, Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado. 304.60 (F18.20) Trastorno por consumo de inhalantes Según la gravedad actual: Moderado, Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado. 301.7 (F60.2) Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

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; F15.280 Trastorno de ansiedad inducido anfetamina, con inicio durante la abstinencia. F14.280 Trastorno de ansiedad inducido cocaína, con inicio durante la abstinencia. 312.82 (F91.2) Trastorno de conducta Según la gravedad actual: Grave, Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado.

Así como también se logra la identificación de problemas asociados como Poco control de impulsos, Ideas irracionales, Consumo de SPA, Pocas estrategias de afrontamiento, Pocas habilidades sociales, Conductas delictivas, Síntomas ansiosos. Se brindó al consultante un espacio libre de juicios, etiquetas y juzgamientos, dado la oportunidad de una expresión libre

permitiendo y generando empatía con el fin de la adherencia al tratamiento. Cabe resaltar que a pesar de la empatía generada terapeuta-consultante, existieron por parte del consultante, momentos de actitud negativa cuando se trabajaba en el mejoramiento de las habilidades sociales, y la adaptabilidad al sitio de rehabilitación, así mismo presentaba somnolencia por el medicamento suministrado por el área de psiquiatría, pesimismo y frustración todo esto en mención a las ideas de evasión y ansiedad por abstinencia a falta de sustancias psicoactivas.

Resultados del proceso de intervención

Seguido de la identificación e intervención de las problemáticas para el presente estudio de caso único, se puede afirmar que se generó adherencia al tratamiento el cual fue efectivo en cuanto a los resultados logrados.

A través de la técnica de reestructuración cognitiva mediante la estrategia del dialogo socrático se logró en el consultante la aceptación de la drogadicción como enfermedad, ideas irracionales como “si consumo no me siento mal”, consumo para sentir paz y alegría”, “yo controlo el consumo”, “si consumo se me facilita tener plata”, “si consumo puedo pertenecer a mi parche”, “ me voy a mi casa y no vuelvo a consumir” esta fase del tratamiento estuvo enfatizada en la reestructuración de dichas distorsiones, logrando una aceptación de las consecuencias negativas y el malestar significativo que causaban las conductas de consumo para su salud mental, física y el bienestar de su familia, logrando que el consultante cuestionara estos pensamientos desadaptativos y ayudándolo con el planteamiento de unos más apropiados como, no es necesario consumir para enfrentar las situaciones estresantes, los efectos y consecuencias que en realidad generan las sustancias psicoactivas, la importancia del vínculo familiar, hacer

conciencia de enfermedad para evitar la evasión de la institución y continuar con el proceso de rehabilitación, permitiendo así la disminución de la perturbación emocional y conductual.

Con el entrenamiento en técnicas de respiración, a través de la estrategia de respiración profunda, se consiguió que el consultante manejará mejor los niveles de ansiedad generados por la abstinencia y el distanciamiento con su familia, controlara sus impulsos utilizando el mecanismo de respiración antes de actuar agresivamente en momento de ira o irritabilidad, haciendo conciencia en el consultante de la importancia de tener presente los ejercicios realizados en sesión y ponerlos en práctica fuera de la misma.

Con el entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento se utilizaron las técnicas ensayo conductual y feedback o retroalimentación, entrenamiento en asertividad logrando que el consultante hiciera conciencia de la importancia de la expresión verbal ante un grupo (bien sea, familiar, social, educativo, laboral), logrando realizarla utilizando una adecuada comunicación asertiva, omitiendo la irritabilidad y hostilidad.

Finalmente en las últimas sesiones se identificaron verbalizaciones como: “Me quiero ir pero sé que si me voy no controlo el consumo”, “quiero continuar en el proceso por mi mamá y por mí”, “sé que las drogas son un problema y las quiero dejar”, “quiero que mi papá desde el cielo se sienta orgulloso de mi por eso quiero terminar el proceso y seguir estudiando” “quiero ser ingeniero como tanto lo hablaba con mi papá”, “yo sé que debo realizar actividades y ayudar a mis compañeros” “Sé que si realizo las actividades mejora la relación con mis compañeros y yo logro distraerme un poco”. Lo anterior muestra un avance significativo en el consultante, después de la octava sesión, lo que permitió dar continuidad al proceso terapéutico de una manera satisfactoria.

Resultados de la evaluación clínica pos-tratamiento (POS).

Durante el proceso de intervención se analizaron permanentemente los cambios de conducta, y cambios emocionales en el consultante, el inadecuado control de impulsos, así como la poca comunicación asertiva, las ideas irracionales, las pocas estrategias de afrontamiento y la dificultad en la utilización de herramientas que permitieran un desarrollo en habilidades sociales.

La utilización de las diferentes técnicas, la adhesión a las técnicas, la actitud positiva de consultante, permitieron un avance significativo en el proceso de tratamiento. Resaltando como avance, por medio de la reestructuración cognitiva, donde se logra que el consultante asimile la importancia de no evadirse el lugar donde se encuentra en rehabilitación, de seguir en el proceso hasta el final superando los obstáculos de abstinencia, y generando la desintoxicación total de las sustancias psicoactivas ingeridas. También se logró un avance importante en el control de los impulsos y el manejo de la ansiedad por medio de la técnica de respiración y una mejor adaptación, comunicación e interrelación con sus compañeros y profesionales encargados del proceso.

Resultados de la evaluación psicométrica.

Para corroborar la hipótesis diagnóstica se aplicaron las siguientes pruebas psicométricas. Los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos aplicados en las evaluaciones PRE y POS se relacionan a continuación.

Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST).

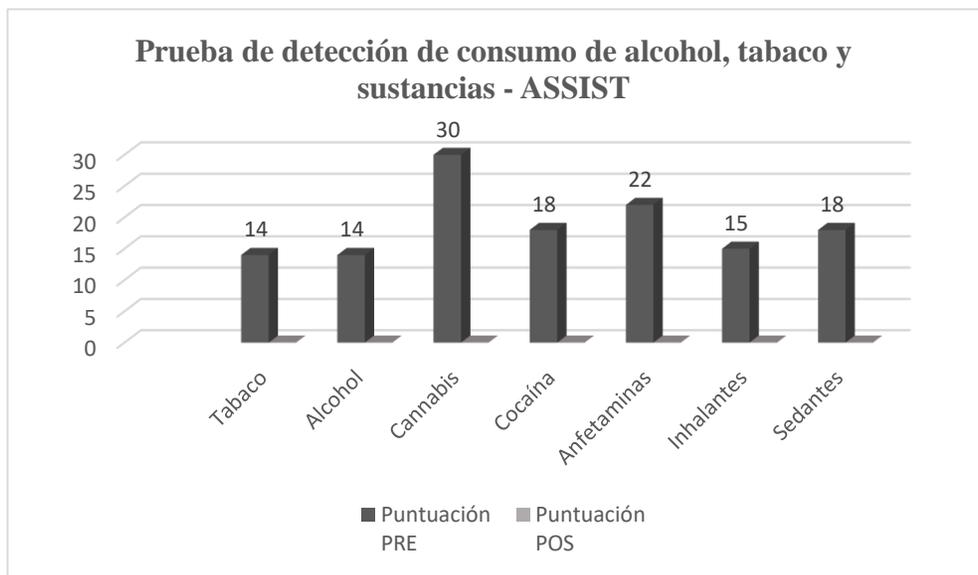


Figura 2. Resultados antes del inicio del tratamiento de la prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST).

El siguiente análisis de resultados se hace con el fin de dar una lectura general sobre las sustancias de consumo y su severidad en la persona atendida; la prueba arroja la siguiente puntuación: 30 para cannabis , 22 para cocaína 18 para anfetaminas y sedantes, 15 para inhalantes y 14 para tabaco y alcohol lo que sugiere que el consultante tiene un alto riesgo de dependencia de las sustancias antes mencionadas experimentando problemas sociales, legales y problemas de relación como resultado de su abuso de sustancias psicoactivas.

Para los resultados de la evaluación POS se observa que no hay ningún tipo de consumo, cabe resaltar que con el consultante se realizó el proceso de intervención estando institucionalizado en una fundación libre de sustancias psicoactivas por ende lleva tres meses sin total consumo, pero

debido a el proceso realizado, y a lo que refiere el consultante no ha buscado por ningún medio el consumo o la sobre medicación que sustituya estas sustancias como los medicamentos levomepromazina flouxetina (antidepresivos), carbamacepina (anticonvulsivo y estabilizador del estado de ánimo), y haloperidol (antipsicótico) suministrados por el médico psiquiatra.

El propósito del análisis comparativo es integrar y comparar los resultados de las pruebas pre test y pos test del cuestionario A-D de la fase antisocial y determinar la evolución del consultante en tres meses de intervención, según los resultados de cada aplicación se evidencia una evolución significativa en las conductas antisociales evidenciando que solo siguen persistentes tres conductas desadaptativas, tirar basura al suelo, coger fruta en un jardín / huerto que pertenece a otra persona, contestar mal a un superior o autoridad.

Teniendo en cuenta que el cuestionario A-D, se divide en dos fases (antisocial, delictiva), a continuación, relacionamos los resultados de la fase delictiva. En la fase delictiva el consultante N.R. identifico que realizaba ocho conductas, las cuales en el pos test se evidencia que solo siguió realizando el ítem de “robar ropa de un tendedero o cosas de los bolsillos de ropa colgada en una percha”. El uso de las diferentes técnicas cognitivos conductuales ayudaron en la disminución de dichas conductas (antisociales / delictivas) que estaban afectado su entorno social, emocional, afectivo, educativo y familiar.

Prueba Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)

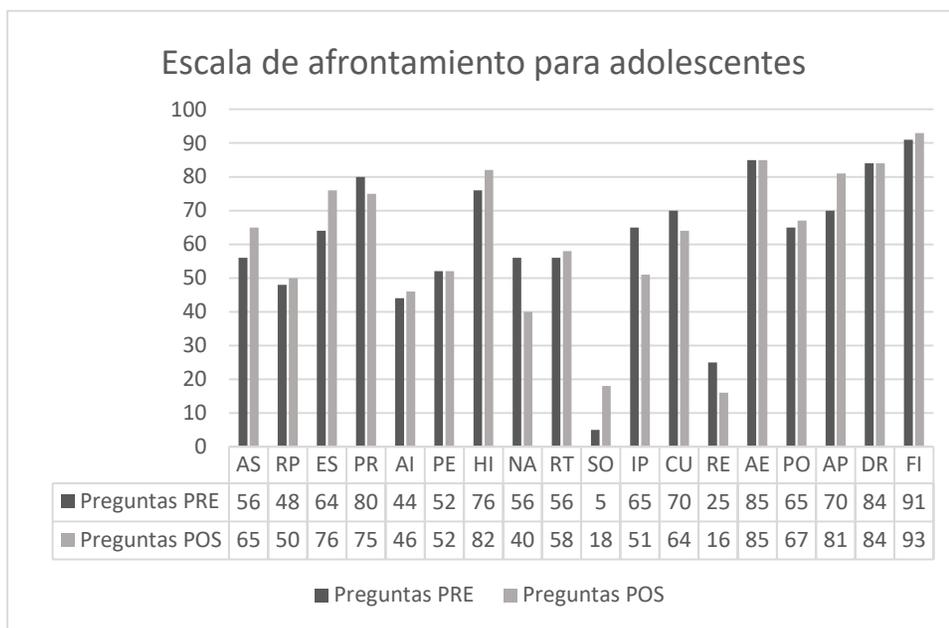


Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento de la prueba de Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)

Nota: * AS: Buscar apoyo social; RP: Concentrarse en resolver el problema; ES: Esforzarse y tener éxito; PR: Preocuparse; AI: Invertir en amigos íntimos; PE: Buscar pertenencia; HI: Hacerse ilusiones; NA: Falta de afrontamiento; RT: Reducción de la tensión; SO: Acción social; IP: Ignorar el problema; CU: Auto inculparse; RE: Reservarlo para sí; AE: Buscar apoyo espiritual; PO: Fijarse en lo positivo; AP: Buscar ayuda profesional; DR: Buscar diversiones relajantes; FI: Distracción física*

Teniendo en cuenta los datos arrojados por el pre y el pos test se evidencia aumento en el ítem “búsqueda de apoyo social” en relación a que en el pre puntuó 56 y en el pos 65, lo que refiere que el consultante identifico la importancia de recibir apoyo para la solución de situaciones estresantes. Seguidamente se observa un incremento en el ítem de “esforzarse y tener éxito” de 64 a 76 el cual indica el compromiso adquirido para la realización de sus deberes. “Hacerse ilusiones” es el otro ítem con un aumento significativo pasando de 76 a 82 lo que manifiesta la motivación a seguir en el proceso de proceso de rehabilitación para darle una

solución a la problemática que presenta. En el ítem de “acción social” incremento de 5 a 18 lo que hace referencia a la mejoría en la interacción con sus pares dentro de la fundación, buscando siempre el bien común. Finalmente “Búsqueda de apoyo profesional” fue uno de los ítems que aumentaron, pasando de 70 a 81 mostrando en el consultante interés y colaboración en cada una de las sesiones trabajadas.

En cuanto a la disminución de la puntuación de las escalas se observa que “Falta de afrontamiento” disminuyó de 56 a 40 lo que muestra la incorporación de estrategias y habilidades para la resolución de conflictos. Para el ítem de “ignorar el problema” paso de 65 a 51 lo que refleja en el consultante la aceptación de la problemática que presenta. En relación al ítem “auto inculparse” puntuó 70 a 64 lo cual significa la disminución del sentimiento de culpa ante las diferentes situaciones presentadas. Por último encontramos que “reservarlo para sí” también se redujo de 25 a 16 haciendo evidencia en la mejoría de las relaciones interpersonales.

Prueba Escala de habilidades sociales (EHS)

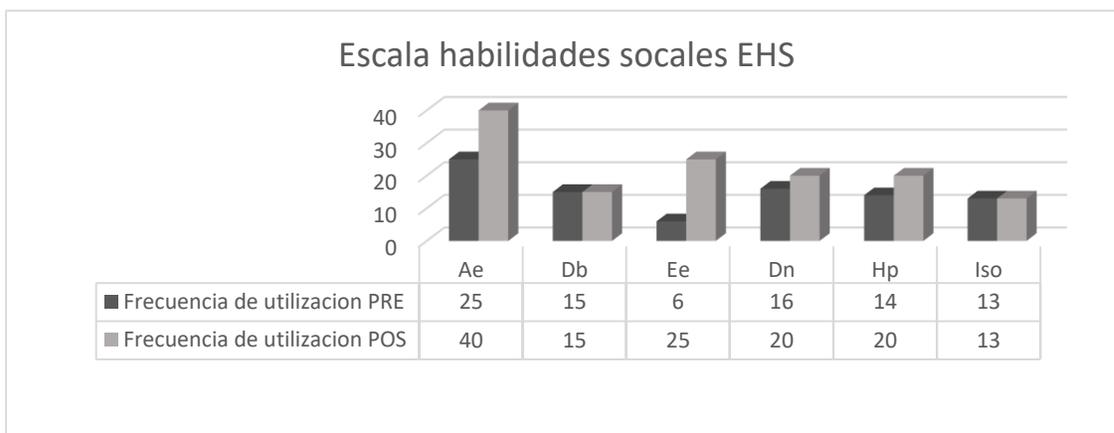


Figura 4. Resultados pre y pos tratamiento de la prueba de Escala de habilidades sociales (EHS)

Nota: Auto-expresión en situaciones sociales; Defensa de los propios derechos como consumidor; Expresión de enfado o de inconformidad; Decir no y cortar interacciones; Hacer peticiones; Iniciar conversaciones con el sexo opuesto.*

Según lo evidenciado en la anterior gráfica, se determina que el ítem de “Auto-expresión en situaciones sociales” aumento su puntuación de 25 en el pre test a 40 en el pos test lo que hace referencia a que el consultante mejoro la capacidad de expresarse de manera espontánea. La habilidad de “expresión de enfado o de inconformidad” incremento pasando de 6 a 25 puntos, lo cual indica que hubo mejoría de auto-control en el momento de expresar una inconformidad o de solucionar algo que le cause malestar.

Los ítems de “decir no, y cortar interacciones” que aumenta de 16 a 20 y “hacer peticiones” pasando de 14 a 20 siendo un aumento poco significativo lo que expresa la importancia de seguir trabajando en estas habilidades sociales, al igual que con los ítems “defensa de los propios derechos como consumidor” y “Iniciar interacciones con el sexo opuesto”, en los cuales se mantuvo su puntuación.

Ansiedad estado / rasgo (IDARE)

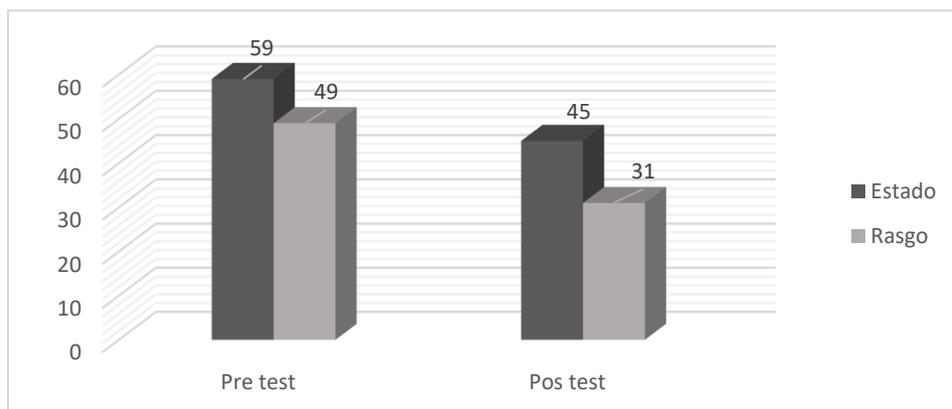


Figura 5. Resultados pre y pos tratamiento de la prueba Ansiedad estado / rasgo (IDARE), fase estado.

Según la gráfica en la evaluación pre para estado, se obtiene una puntuación de 59 evidenciando según los parámetros la presencia de ansiedad, por otro lado, se observa que en la evaluación pos para estado se obtiene una puntuación de 45, mostrando una disminución significativa en los síntomas ansiosos.

Para la evaluación pre de rasgo se observa que se tuvo una puntuación de 49 evidenciando presencia de ansiedad y se observa la disminución en la evaluación pos con un puntaje de 31. Lo que refiere a que disminuyo el rasgo de ansiedad de manera significativa.

En relación a lo anterior se determina la adherencia al proceso terapéutico, lo que llevo al consultante la incorporación de conductas adaptativas y el aprendizaje de nuevas herramientas que le permitirán finalizar su proceso de rehabilitación.

Discusión

Según (Villa, Fernández y Ramón, 2001), en la investigación de Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína, establecieron que “la eficacia de las terapias psicológicas conductuales a largo plazo (combinados o no con apoyo farmacológico) en el tratamiento del consumo de drogas”. Entre las técnicas que postula esta investigación se encuentran el entrenamiento en habilidades, sociales, prevención a recaídas, entrenamiento en reforzamiento positivo, manejo de contingencias, las cuales determinan una mejor adherencia al tratamiento y una eficacia en el proceso.

Tomando como referencia los resultados obtenidos del proceso de tratamiento realizado al consultante diagnosticado con trastorno relacionado con estimulantes y con poli-consumo (cannabis, inhalantes, sedantes, alcohol y tabaco), se pudo verificar que el enfoque cognitivo – conductual es favorable para ayudar a minimizar problemáticas asociadas a este trastorno.

Así como es postulada la efectividad del enfoque cognitivo conductual por Solórzano, Márquez, y Márquez (2017) en su artículo Terapia cognitiva-conductual para rehabilitación-reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales, los cuales afirman la importancia de la implementación del enfoque psicológico cognitivo-conductual para tratar los componentes biopsicosociales causantes de las adicciones.

Este estudio de caso único tuvo una duración de tres meses aproximadamente, en el que se trabajaron técnicas como, reestructuración cognitiva, entrenamiento en técnicas de respiración, entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, técnicas de duelo, dialogo socrático, ensayo conductual, feedback.

Una de las situaciones problema identificadas, son las ideas irracionales presentadas por el consultante, las cuales fueron un factor de mantenimiento para el consumo de sustancias psicoactivas. Lo cual se constata por Amar y polo (2006) citando a Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager (1992), quienes afirman “los alcohólicos y adictos a otras sustancias, los pensamientos autoderrotantes, así como los sentimientos y acciones que resultan de éstos, son los que principalmente entorpecen la recuperación de su adicción”.

Según la prueba aplicada (ACS) las estrategias menos utilizadas por el consultante son: Acción social, la cual hace referencia a que el consultante no permite que otros conozcan sus problemas o dificultades impidiéndose el buscar ayuda en personas que puedan dar herramientas de solución. Por otra parte, también está la estrategia de Reservarlo para sí, que va muy de la mano con la anterior y que hace referencia a huir de los demás con el fin de que no conozcan sus problemas y evitar que los ayuden. Para Linage y Lucio (2012) las personas que consumen sustancias psicoactivas tienen una mayor dificultad en la solución de conflictos a causa del déficit en estrategias de afrontamiento.

El consultante tiene pocas habilidades sociales: no posee la capacidad de expresar asertivamente sus emociones, y como escape a esto se expresa con irritabilidad, impulsividad y hostilidad. Este refiere que no le gusta expresar sentimientos de afecto “que solo es cariñoso con su hermanito de 2 años”.

En la prueba aplicada (EHS), los resultados arrojados concuerdan con las verbalizaciones del consultante, la frecuencia de utilización de herramientas como la auto-expresión en situaciones sociales es baja, lo cual indica que el consultante no tiene la capacidad de expresarse de una

manera asertiva, la expresión de enfado de o de inconformidad y hacer peticiones, también según los resultados son bajas, para este ítem, el consultante verbaliza que no es capaz de responder ante una situación estresante de una manera coherente y tranquila, por su parte siempre reacciona de manera violenta, finalmente para el ítem de interactuar con el sexo opuesto arrojo como resultado medio baja, resultado que se contrarresta con la poca facilidad que tiene el consultante para expresar sus emociones (afecto, amor, alegría, atracción).

Anguiano, Vega, Nava, y trujano (2010), mencionaron en su artículo que las habilidades sociales contribuyen en el desarrollo adecuado de un individuo y a su vez prevenir la presencia de problemas y trastornos psicológicos como el consumo de sustancias psicoactivas los cuales se pueden presentar a lo largo de la vida. Finalmente es importante resaltar que el resultado del abordaje en este estudio de caso único, constata con las investigaciones realizadas en diferentes países sobre la adherencia al tratamiento trastorno por consumo de sustancias psicoactivas mediante el enfoque cognitivo conductual.

Conclusiones

El tratamiento cognitivo conductual realizado en el presente estudio de caso, cumplió con los objetivos terapéuticos estipulados en el plan de intervención, el cual se generó de acuerdo a las problemáticas y sintomatologías identificadas.

En el proceso de tratamiento desde el enfoque conductual se logró disminuir la sintomatología ansiosa y el control de los impulsos por medio del entrenamiento en técnicas de respiración profunda planteada por María Ángeles Ruiz, el cual busca la reducción del nivel de activación general en situaciones estresantes.

Se fortalecieron las habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en el consultante, mediante el ensayo conductual utilizando la técnica de role-playing y feedback planteada por Martha Isabel Díaz, que permiten tomar una postura activa dentro del proceso de adquisición de conductas adaptativas en sus relaciones interpersonales.

Desde el enfoque cognitivo se logró la modificación de las ideas irracionales utilizando la técnica de reestructuración cognitiva, mediante el dialogo socrático que conlleva a transformar pensamientos desadaptativos por pensamientos reales que permiten la modificación emocional y conductual del consultante.

Los resultados anteriormente mencionados fueron tomados como referencia a partir de las evaluaciones pre test y pos test realizadas, donde se evidencio disminución de ansiedad, control y manejo de impulsos, un avance en el proceso de fortalecimiento de habilidades sociales y

estrategias de afrontamiento y modificación de creencias irracionales, permitiendo al consultante una mejor adaptabilidad y adherencia al tratamiento en el centro de rehabilitación.

Así mismo es importante precisar que en el plan de intervención fueron fundamentales los factores familiares, profesionales, sociales y espirituales para el desarrollo del tratamiento psicológico. Mediante el abordaje del caso único se reafirma la efectividad del enfoque cognitivo conductual, para el manejo de trastornos relacionados con sustancias psicoactivas.

Recomendaciones

Se recomienda al consultante seguir practicando los ejercicios trabajados en proceso psicológico que se llevó a cabo, para mantener los logros alcanzados a mediano y largo plazo. De igual forma es necesario tratar de incentivar a la continuación de su proceso terapéutico como instancia promotora de la calidad de vida a nivel emocional, mental y social.

Se considera importante que el consultante evite exponerse y / o relacionarse en un ambiente de consumo, de expendio de drogas y de acciones delictivas que pongan en riesgo su proceso de rehabilitación. Para ello es importante el apoyo significativo en todo el horizonte del proceso de rehabilitación, la vinculación de todos los familiares es relevante en el impacto significativo de dicho proceso.

Si bien se pueden lograr la disminución sintomatología ansiosa y el control de los impulsos por medio del entrenamiento en técnicas de respiración profunda, se recomienda que a pesar de los logros se continúen con dichos procesos. Estas técnicas también se pueden aplicar en otros fenómenos como en el deterioro de las relaciones interpersonales y por supuesto el control emocional.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub
- Bados López, A., & García Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva.
- Batlle Vila, S. (2008). Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques: enfoque Cognitivo-Conductual.
- Beck, A., Newman, C. F., & Wright, F. D. (1999). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós
- Castillo-Galán, J. L. (2017). Relación entre la aparición de trastornos psicóticos y personas que consumen cannabis.
- Chóliz, M. (2000). Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Valencia, España.
- Correa de Carvalho, J. T. (2007). Historia de las drogas y de la guerra de su difusión. Noticias Jurídicas.
- Cubero, N. S., & Blanca, L. (2001). Cuestionario de conductas antisociales-delictivas: AD. Manual Moderno.
- De Asociaciones, F. E. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del Psicólogo, 24(85), 1-10
- de Drogas, O. (2016). Reporte de Drogas en Colombia. Ministerio de Justicia, Bogotá.
- Diz, J. I. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría integral, 17(2), 88-93.

- Espina, A., & Ortego, A. (2005). Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad. Buenos Aires: Janssen-Cilag.
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medifam*, 12(3), 100-107.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). ACS Escalas de afrontamiento para adolescentes. TEA ediciones
- González, E. G. (2002). EHS, escala de habilidades sociales. Tea.
- González, B. R. U. N. (2013). Policonsumo de sustancias psicoactivas. *Documentos de trabajo. Corporación Espolea México. Recuperado de [http://www. espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-policonsumo. pdf](http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-policonsumo.pdf).*
- Gratacós, M. Drogas estimulantes: tipos y sus características.
- Guzman y Arias (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista Colombiana de Cirugía*, 27(1), 15-24
- Iglesias, E. B., Tomás, M. C., Pérez, E. J. P., Hermida, J. R. F., Fernández, L. C., González, M. P. B., ... & Gradolí, V. T. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. *Socidrogalcohol*.
- Jaramillo, C. A. J. (2010). Aportes de la psicología a la comprensión e intervención de la adicción a sustancias psicoactivas. *Katharsis*, (10), 127-136.
- Johnson, S. APUNTES: FAMILIAS RECONSTITUIDAS.
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, 3, 5-8.

- Kosten, T. R., & McCance, E. (1997). Una revisión de tratamientos farmacológicos para el abuso de sustancias. *Revista de Toxicomanías*, 11, 5-11.
- Lacunza, A. B., Caballero, S. V., Contini, E. N., & Llugdar, A. (2016). Estudio psicométrico del Cuestionario de Conducta Antisocial (CC-A) en adolescentes tempranos de Tucumán, Argentina. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 250-264.
- leger, J. (1964). La entrevista psicológica. Temas de psicología (entrevista y grupos).
- 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.
- López, J. A., Henríquez, M. L. C., Alhucema, W. F. P., Peña, G. D. L. T., Aristizábal, L. L., & Cueto, B. C. (2011). Policonsumo desde una perspectiva neuropsicológica. *Psicogente*, 14(25), 178-189.
- Mart y Amar (2006). Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual. *Psicogente*, 9(15).
- Menéndez, A. G. (2000). Manejo del paciente con dependencia a la cocaína. *Trastornos adictivos: Organo Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*, 2(2), 122-132.
- 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.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018)
- National Institute on Drug Abuse. (1992). Inhalant abuse: a volatile research agenda. C. W. Sharp, F. Beauvais, & R. Spence (Eds.). US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.

Parado, F & Sais M. (2009). Universidad Autónoma de Barcelona

Partarrieu, Andrés (2011). DIÁLOGO SOCRÁTICO EN PSICOTERAPIA COGNITIVA. III

Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII

Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del

MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Pérez Gómez, A., Díaz-Granados, O. S., Correa Muñoz, M., Aja Eslava, L., González Bernal, L.,

Mejía Trujillo, J., & Beltrán Fletscher, M. (2010). Estudio nacional de consumo de

sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia. Bogotá,

Colombia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio del Interior y de

Justicia y Dirección Nacional de Estupefacientes.

Reyes, E. O., & Garrido, J. M. 14TEMA.

Room, R., Fischer, B., Hall, W., Reuter, P., & Lenton, S. (2010). Cannabis policy: moving beyond stalemate. Oxford University Press, USA.

Sanabria, A. M., & Rodríguez, A. F. U. (2010). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento psicológico*, 6(13).

Sánchez Hervás, E., Tomás Gradolí, V., del Olmo Gurrea, R., Molina Bou, N., & Morales

Gallús, E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, (81), 21-29.

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. D., & Díaz-Guerrero, R. (1975). Idare: inventario de ansiedad: rasgo-estado.

Editorial El Manual Moderno.

Spielberger, C. D., Buena-Casal, G., & Agudelo, D. (2008). IDER: Inventario de Depresión estado-rasgo. TEA.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2019)

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

World Health Organization. (2016). The health and social effects of nonmedical cannabis use.

Smicht, C. D. B., González, A. S., & Santa, L. M. FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS “ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA”.

Anexos

Anexo A. Prueba ASSIST

OMS - ASSIST V3.0



OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR PAIS CLÍNICA

Nº PARTICIPANTE FECHA

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluídas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "SI" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.



Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6



Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco	<input checked="" type="checkbox"/>				
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	<input checked="" type="checkbox"/>	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8



Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	<input checked="" type="checkbox"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	<input checked="" type="checkbox"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3



Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Una vez a la semana o menos
o
Menos de 3 días seguidos

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"

Más de una vez a la semana o
3 o más días seguidos

Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *

CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco	14	0 - 3	4 - 26	27+
b. alcohol	14	0 - 10	11 - 26	27+
c. cannabis	30	0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaína	15	0 - 3	4 - 26	27+
e. anfetaminas	22	0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalantes	10	0 - 3	4 - 26	27+
g. sedantes	15	0 - 3	4 - 26	27+
h. alucinógenos	0	0 - 3	4 - 26	27+
i. opiáceos	0	0 - 3	4 - 26	27+
j. otras drogas	0	0 - 3	4 - 26	27+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

Anexo B. Prueba cuestionario A-D, evaluación pre test

Nº 125

	PD	PC	PT
A			
D			

CUESTIONARIO A - D

Apellidos y Nombre _____ Sexo M Edad 17 años
Entidad/Centro 2 Curso/Puesto _____ Fecha 12-04-19

INSTRUCCIONES

Quando el examinador se lo indique vuelva la Hoja; encontrará una serie de frases sobre cosas que las personas hacen alguna vez; es probable que Vd. haya hecho algunas de esas cosas. Lea cada frase y señale el -SI- si Vd. ha hecho lo que se dice en la frase; señale el -NO- en el caso contrario.

Sus respuestas van a ser tratadas confidencialmente; por eso se le pide que conteste con sinceridad. Procure no dejar frases sin contestar; decidase por el SI o por el NO.

AHORA VUELVA LA HOJA Y CONTESTE A TODAS LAS FRASES



Autor: N. Suredas, Departamento I+D de TEA Ediciones, S.A.
Copyright © 1989, 1991 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24, 28038 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este empaquetado incluye en esta hoja el consentimiento en tinta negra, es una reproducción legal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. AD 04 MT 02E - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campaño, Dazaño, 15 dpdo; 28002 MADRID - Depósito legal: M. 13.315 - 1988.



Scanned With
CamScanner

Conteste SI o NO a las frases siguientes

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



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

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES



Anexo C. Prueba Cuestionario A-D, evaluación pos test

Nº 125

	PD	PC	PT
A			
D			

CUESTIONARIO A - D

Apellidos y Nombre _____ Sexo M Edad 1 año
Entidad/Centro _____ Curso/Puesto _____ Fecha 07-06-19

INSTRUCCIONES

Cuando el examinador se lo indique vuelva la Hoja; encontrará una serie de frases sobre cosas que las personas hacen alguna vez; es probable que Vd. haya hecho algunas de esas cosas. Lea cada frase y señale el -SI- si Vd. ha hecho lo que se dice en la frase; señale el -NO- en el caso contrario.

Sus respuestas van a ser tratadas confidencialmente; por eso se le pide que conteste con sinceridad. Procure no dejar frases sin contestar; decídase por el SI o por el NO.

AHORA VUELVA LA HOJA Y CONTESTE A TODAS LAS FRASES

Conteste SI o NO a las frases siguientes

- 1. Alborotar o silbar en una reunión, lugar público o de trabajo SI
- 2. Salir sin permiso (del trabajo, de casa o del colegio) SI
- 3. Entrar en un sitio prohibido (jardín privado, casa vacía) SI
- 4. Ensuciar las calles/aceras rompiendo botellas o volcando cubos de basura SI
- 5. Decir "tacos" o palabras fuertes SI
- 6. Molestar a personas desconocidas o hacer gamberradas en lugares públicos SI
- 7. Llegar tarde al trabajo, colegio o reunión SI
- 8. Hacer trampas (en examen, competición importante, información de resultados) SI
- 9. Tirar basuras al suelo (cuando hay cerca una papelera o cubo) SI
- 10. Hacer pintadas en lugares prohibidos (pared, encerado, mesa, etc.) SI
- 11. Coger fruta en un jardín/huerto que pertenece a otra persona SI
- 12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona SI
- 13. Gastar bromas pesadas a la gente, como empujarlas dentro de un charco o quitarles la silla cuando van a sentarse SI
- 14. Llegar, a propósito, más tarde de lo permitido (a casa, trabajo, obligación) SI
- 15. Arrancar o pisotear flores o plantas en un parque o jardín SI
- 16. Llamar a la puerta de alguien y salir corriendo SI
- 17. Comer, cuando está prohibido, en el trabajo, clase, cine, etc. SI
- 18. Contestar mal a un superior o autoridad (trabajo, clase o calle) SI
- 19. Negarse a hacer las tareas encomendadas (trabajo, clase o casa) SI
- 20. Pelearse con otros (con golpes, insultos o palabras ofensivas) SI



- 21. Pertenecer a una pandilla que arma jaleos, se mete en peleas o crea disturbios SI
- 22. Coger el coche o la moto de un desconocido para dar un paseo, con la única intención de divertirse SI
- 23. Forzar la entrada de un almacén, garaje, guardamuebles o quiosco SI
- 24. Entrar en una tienda que está cerrada, robando o sin robar algo SI
- 25. Robar cosas de los coches SI
- 26. Llevar algún arma (cuchillo/navaja) por si es necesaria en una pelea SI
- 27. Planear de antemano entrar en una casa/chalet/etc. para robar cosas de valor (y hacerlo si se puede) SI
- 28. Coger la bicicleta de un desconocido y quedarse con ella SI
- 29. Forcejear o pelear para escapar de un policía SI
- 30. Robar cosas de un lugar público (trabajo/colegio) por valor de más de 1.000 pts. SI
- 31. Robar cosas de grandes almacenes, supermercados, etc., estando abiertos SI
- 32. Entrar en una casa/piso/etc. y robar algo (sin haberlo planeado antes) SI
- 33. Robar materiales o herramientas a gente que está trabajando SI
- 34. Gastar frecuentemente en el juego más dinero del que se puede SI
- 35. Robar cosas o dinero en las máquinas tragaperras, teléfono público, etc. SI
- 36. Robar ropa de un tendedero o cosas de los bolsillos de ropa colgada en una percha ... SI
- 37. Conseguir dinero amenazando a personas más débiles SI
- 38. Tomar drogas SI
- 39. Destrozar o dañar cosas en lugares públicos SI
- 40. Entrar en un club prohibido o comprar bebidas prohibidas SI



Anexo D. Prueba Escala Estrategias de Afrontamiento, evaluación pre test

ACS FORMA GENERAL

INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este Cuestionario encontrarás una

lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar en la Hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si algunas veces te enfrentas a tus problemas mediante la acción de «Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema», deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema A B C D E

DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS. NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema. 2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema. 3. Seguir con mis tareas como es debido. 4. Preocuparme por mi futuro. 5. Reunirme con amigos. 6. Producir una buena impresión en las personas que me importan. 7. Esperar que ocurra lo mejor. 8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada. 9. Llorar o gritar. 10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema. 11. Ignorar el problema. 12. Criticarme a mí mismo. | <ol style="list-style-type: none"> 13. Guardar mis sentimientos para mí solo. 14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas. 15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves. 16. Pedir consejo a una persona competente. 17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión. 18. Hacer deporte. 19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente. 20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades. 21. Asistir a clase con regularidad. 22. Preocuparme por mi felicidad. 23. Llamar a un amigo íntimo. |
|---|---|



No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.
25. Desear que suceda un milagro.
26. Simplemente, me doy por vencido.
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos).
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.
29. Ignorar conscientemente el problema.
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas.
31. Evitar estar con la gente.
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional.
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.
36. Mantenerme en forma y con buena salud.
37. Buscar ánimo en otros.
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta.
39. Trabajar intensamente.
40. Preocuparme por lo que está pasando.
41. Empezar una relación personal estable.
42. Tratar de adaptarme a mis amigos.
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.
44. Me pongo malo.
45. Trasladar mis frustraciones a otros.
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.
47. Borrarr el problema de mi mente.
48. Sentirme culpable.
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa.
50. Leer un libro sagrado o de religión.
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.

52. Pedir ayuda a un profesional.
53. Buscar tiempo para actividades de ocio.
54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio.
55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué.
57. Triunfar en lo que estoy haciendo.
58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir.
59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica.
60. Mejorar mi relación personal con los demás.
61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando.
62. No tengo forma de afrontar la situación.
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo.
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.
65. Aislarme del problema para poder evitarlo.
66. Considerarme culpable.
67. No dejar que otros sepan cómo me siento.
68. Pedir a Dios que cuide de mí.
69. Estar contento de cómo van las cosas.
70. Hablar del tema con personas competentes.
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.
74. Inquietarme por el futuro del mundo.
75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir.
76. Hacer lo que quieren mis amigos.
77. Imaginar que las cosas van a ir mejor.
78. Sufro dolores de cabeza o de estómago.
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.
80. Anota en la Hoja de respuestas cualquier otra cosa que suelas hacer para afrontar

Anexo E. Prueba Escala Estrategias de Afrontamiento, evaluación pos test

ACS FORMA GENERAL

INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este Cuestionario encontrarás una

lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar en la Hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si algunas veces te enfrentas a tus problemas mediante la acción de «Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema», deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema A B C D E

DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS. NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema. 2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema. 3. Seguir con mis tareas como es debido. 4. Preocuparme por mi futuro. 5. Reunirme con amigos. 6. Producir una buena impresión en las personas que me importan. 7. Esperar que ocurra lo mejor. 8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada. 9. Llorar o gritar. 10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema. 11. Ignorar el problema. 12. Criticarme a mí mismo. | <ol style="list-style-type: none"> 13. Guardar mis sentimientos para mí solo. 14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas. 15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves. 16. Pedir consejo a una persona competente. 17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión. 18. Hacer deporte. 19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente. 20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades. 21. Asistir a clase con regularidad. 22. Preocuparme por mi felicidad. 23. Llamar a un amigo íntimo. |
|---|---|



No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.
25. Desear que suceda un milagro.
26. Simplemente, me doy por vencido.
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos).
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.
29. Ignorar conscientemente el problema.
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas.
31. Evitar estar con la gente.
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional.
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.
36. Mantenerme en forma y con buena salud.
37. Buscar ánimo en otros.
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta.
39. Trabajar intensamente.
40. Preocuparme por lo que está pasando.
41. Empezar una relación personal estable.
42. Tratar de adaptarme a mis amigos.
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.
44. Me pongo malo.
45. Trasladar mis frustraciones a otros.
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.
47. Borrar el problema de mi mente.
48. Sentirme culpable.
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa.
50. Leer un libro sagrado o de religión.
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.
52. Pedir ayuda a un profesional.
53. Buscar tiempo para actividades de ocio.
54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio.
55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué.
57. Triunfar en lo que estoy haciendo.
58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir.
59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica.
60. Mejorar mi relación personal con los demás.
61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando.
62. No tengo forma de afrontar la situación.
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo.
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.
65. Aislarme del problema para poder evitarlo.
66. Considerarme culpable.
67. No dejar que otros sepan cómo me siento.
68. Pedir a Dios que cuide de mí.
69. Estar contento de cómo van las cosas.
70. Hablar del tema con personas competentes.
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.
74. Inquietarme por el futuro del mundo.
75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir.
76. Hacer lo que quieren mis amigos.
77. Imaginar que las cosas van a ir mejor.
78. Sufro dolores de cabeza o de estómago.
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.
80. Anota en la Hoja de respuestas cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar



Anexo F. Prueba Habilidades Sociales, evaluación pre test

EHS Edad: 12 años Sexo: M
Fecha: 12-04-19

AVISO: SUS RESPUESTAS MARCANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR.
COMPRUEBE QUE RODA LA LETRA EN LA MISMA LÍNEA DE LA FRASE QUE HA LEÍDO.

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

Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. 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

Quando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo. 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 D

A veces mi resultado es fácil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado. 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 no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto. A B C D

Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, 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 y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle. A B C D

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

Cuando tengo mucha prisa y me llama un amigo por teléfono, me cuesta mucho cortarla. B C D

Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme. 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, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella. A B C D

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 descuento al comprar algo. B C D

Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado. A B C D

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

Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión. 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 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 D

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

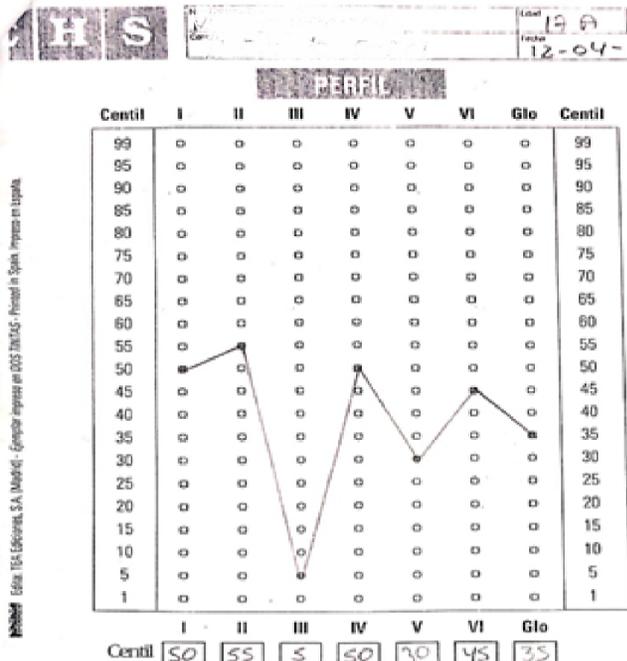
Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tengo motivos justificados. B C D

Muchas veces prefiero ceder, callarme o «quitarme de en medio» para evitar problemas con otras personas. A B C D

Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces. A B C D

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

Autor: Elena Gispardo González. Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Edición TEA Ediciones, S.A. México. Compañía Impresora DCS ZINTAS. Printed in Spain. Impreso en España.



SUN LAS PUNTAJONES DE CADA ESCALA PARA OBTENER LA PUNTAJON DE CADA ESCALA
LUEGO SE SUMARAN LAS PUNTAJONES DE TODAS LAS ESCALAS PARA OBTENER LA PUNTAJON GLOBAL.

	I	II	III	IV	V	VI	
1							1
2							2
3							3
4							4
5							5
6							6
7							7
8							8
9							9
10							10
11							11
12							12
13							13
14							14
15							15
16							16
17							17
18							18
19							19
20							20
21							21
22							22
23							23
24							24
25							25
26							26
27							27
28							28
29							29
30							30
31							31
32							32
33							33

PD **25** **15** **6** **16** **14** **13**
PD Global **89**

Consulte los baremos del Manual para interpretar las puntuaciones (PD) de la derecha y anote aquí arriba las puntuaciones centiles que ha obtenido; finalmente, elabore el perfil en centiles para disponer de una visión general de las habilidades sociales del sujeto.

Anexo G. Prueba Habilidades Sociales, evaluación pos test

EHS Nombre y apellidos: _____ Fecha: 17 de mayo de 2019 Hora: 07-06-19

Ante sus respuestas rodeando la letra de la alternativa que mejor se ajuste a su modo de ser o de actuar. Compruebe que rodea la letra en la misma línea de la frase que ha leído.

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 actúe o me sienta así.
 D Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

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

Me cuesta telefonar a 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 atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo. A 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 D

A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado. 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

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

Tiempo 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 y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle. A B C D

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

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

Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé como 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 veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella. A B C D

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 descuento al comprar algo. A B C D

Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado. A B C D

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

Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión. 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 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 D

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

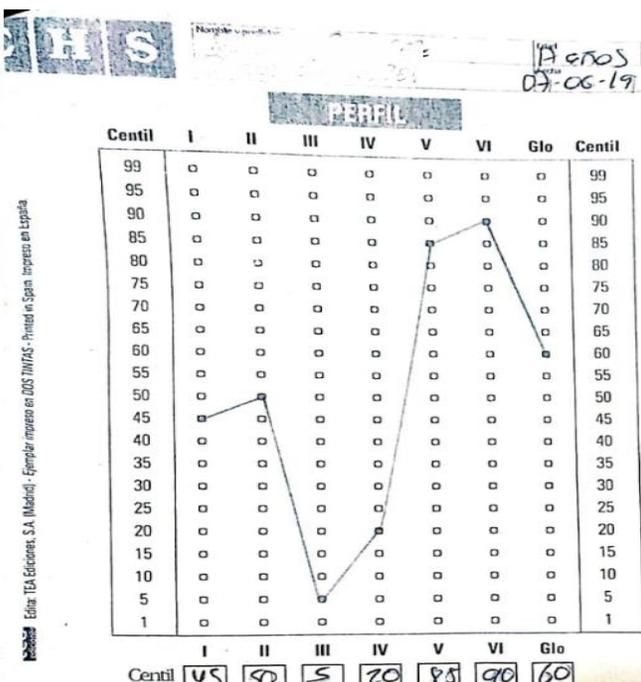
Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados. A B C D

Muchas veces prefiero ceder, callarme o «quitarle de en medio» para evitar problemas con otras personas. A B C D

Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces. A B C D

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

Autor: Elena Giménez González. Copyright © 2000 by IEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial. Edición: IEA Ediciones, S.A. (Madrid) - Ejemplar impreso en DOS TINTAS - Printed in Spain. Impreso en España.



SEÑALE LAS PUNTAJERAS DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTAJERA DE CADA ESCALA. ENTÓNCES SE SUMARÁN LAS PUNTAJERAS DE TODAS LAS ESCALAS PARA OBTENER LA PUNTAJERA GLOBAL.

	I	II	III	IV	V	VI	
1	4 2 1						1
2	4 2 1						2
3		1 2 3					3
4		4 3 1					4
5				4 3 1			5
6					1 3 2 1		6
7					1 2 3 1		7
8						3 3 2 1	8
9						3 3 2 1	9
10	4 2 1						10
11	4 2 1						11
12		4 3 1					12
13			4 3 1				13
14				4 3 1			14
15				4 3 1			15
16					1 2 3 1		16
17						1 3 2 1	17
18						1 2 3 4	18
19	3 3 2 1						19
20	4 2 1						20
21		4 2 1					21
22			3 3 2 1				22
23				4 2 1			23
24				4 3 1			24
25					1 2 3 1		25
26					4 2 1		26
27						4 2 1	27
28	3 3 2 1						28
29	4 3 2 1						29
30		4 3 2 1					30
31			4 3 1				31
32				4 3 2 1			32
33							33

PD **25** **15** **10** **14** **19** **18**

PD Global **101**

Consulte los baremos del Manual para interpretar las puntuaciones (PD) de la derecha y anote aquí arriba las puntuaciones centiles que ha obtenido; finalmente, elabore el perfil en centiles; para disponer de una visión general de las habilidades sociales del sujeto.

Anexo H. Prueba IDARE, evaluación pre test



IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación
por

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

Nombre: _____ 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	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	<input checked="" type="radio"/>	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	<input checked="" type="radio"/>	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	<input checked="" type="radio"/>	④
4. Estoy contrariado(a)	<input checked="" type="radio"/>	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	<input checked="" type="radio"/>	③	④
6. Me siento alterado(a)	<input checked="" type="radio"/>	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	<input checked="" type="radio"/>	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	<input checked="" type="radio"/>	④
9. Me siento ansioso(a)	①	<input checked="" type="radio"/>	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	<input checked="" type="radio"/>	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	<input checked="" type="radio"/>
12. Me siento nervioso(a)	①	②	<input checked="" type="radio"/>	④
13. Me siento agitado(a)	①	<input checked="" type="radio"/>	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	<input checked="" type="radio"/>	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	<input checked="" type="radio"/>	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	<input checked="" type="radio"/>	③	④
17. Estoy preocupado(a)	<input checked="" type="radio"/>	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	<input checked="" type="radio"/>	②	③	④
19. Me siento alegre	①	<input checked="" type="radio"/>	③	④
20. Me siento bien	①	②	<input checked="" type="radio"/>	④

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39



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



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

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

Anexo I. Prueba IDARE, evaluación pos test



MP
28-2

IDARE

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

SXE
estado

Nombre: _____ Fecha: 7 Junio 2019

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	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④ ●	5
2. Me siento seguro(a)	①	②	● ③	④	5
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④	5
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④	5
5. Estoy a gusto	①	②	● ③	④	5
6. Me siento alterado(a)	● ①	②	③	④	5
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	● ②	③	④	5
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	● ④	5
9. Me siento ansioso(a)	● ①	②	③	④	5
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	● ④	5
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	● ③	④	5
12. Me siento nervioso(a)	①	● ②	③	④	5
13. Me siento agitado(a)	● ①	②	③	④	5
14. Me siento "a punto de explotar"	● ①	②	③	④	5
15. Me siento reposado(a)	①	②	● ③	④	5
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	● ③	④	5
17. Estoy preocupado(a)	● ①	②	③	④	5
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	● ①	②	③	④	5
19. Me siento alegre	①	②	③	● ④	5
20. Me siento bien	①	②	③	● ④	5

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39



4 489000 028027

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

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXK
8-3-10

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	5
22. Me canso rápidamente	④	②	③	①	1
23. Siento ganas de llorar	④	②	③	①	1
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	④	③	②	1
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	④	②	③	①	1
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	④	③	②	1
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	④	②	③	①	1
30. Soy feliz	①	②	③	④	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	④	③	②	1
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	④	②	③	①	1
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④	4
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	④	③	②	1
35. Me siento melancólico(a)	④	②	③	①	1
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	④	③	②	1
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	④	②	③	①	1
39. Soy una persona estable	①	②	③	④	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	④	②	③	①	1

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.



CamScanner

Anexo J. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión

Consultante	Motivo de consulta	Número de sesión	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas en la sesión	Resultados	Observaciones
Caso: 1 N.I.R Edad: 17 años Genero: Masculino Ocupación: Estudiante	Consultante: “Madre del menor refiere “interno a mi hijo en la fundación niños de papel por consumo de drogas, me di cuenta de su consumo hace 1 mes y decidí llevarlo al médico buscando ayuda, el papa murió hace 1 año y desde ahí mi hijo es rebelde, no volvió a estudiar, tiene malas amistades y se la pasa en la calle”	1	Realizar obtención de datos sociodemográficos del consultante. Realizar observación conductual del consultante la cual permita obtener información más detallada sobre la problemática expuesta	Entrevista clínica Observación conductual	Entrevista clínica con el fin de realizar presentación del profesional a cargo del caso, primer acercamiento con el consultante y recepción de los datos para el diligenciamiento de la historia clínica. Se realiza una observación conductual con el fin de obtener más datos que ayuden con el proceso Se aplica prueba de tamizaje ASSIST para identificación de consumo de sustancias psicoactivas	Se logra la obtención de datos del consultante, se hace el respectivo diligenciamiento de la historia clínica. En la evaluación conductual se evidencia en el consultante edad aparente con su edad cronológica, aseado, vestimenta acorde a sexo, edad y contexto; Consiente, alerta, colaborador, Orientado en espacio y tiempo. Lenguaje coherente pensamiento coherente y juicio de la realidad adecuado. Se evidencia movimientos repetitivos en las extremidades inferiores y sudoración Según los datos obtenidos en la prueba aplicada ASSIST, se corrobora el consumo de sustancias psicoactivas donde, la más frecuente en consumo es el cannabis con una puntuación de 30, seguida	Durante la valoración inicial el consultante manifiesta conducta de evasión del lugar con frases como: “yo no quiero estar en este lugar” “estoy obligado por mi mamá” “yo controlo el consumo afuera”

						<p>por anfetaminas con una puntuación de 22, cocaína y sedantes con una puntuación de 18, tabaco con puntuación de 29 tabaco y alcohol con una puntuación de 14 y finalizamos con inhalantes con una puntuación de 15; las cuales están dentro del rango 4-26 indicando la necesidad de iniciar con un tratamiento de intervención breve.</p>	
		2	<p>Aplicar prueba para la identificación de aspectos antisociales y delictivos</p> <p>Aplicar prueba para la identificación de la frecuencia en la utilización de estrategias de afrontamiento para la solución de problemas</p> <p>Aplicar prueba para la identificación de habilidades sociales para enfrentar situaciones estresantes</p>	<p>Técnica de psi-coeducación</p> <p>Técnica de respiración</p>	<p>Durante la sesión 2 se realiza la aplicación de 5 pruebas (AD, ACS, EHS, IDARE) con el fin de identificar sintomatología a trabajar, las pruebas son dirigidas por la profesional. Después de la aplicación de cada prueba se realizan ejercicios de respiración con el fin de despejar y calmar la ansiedad evidenciada por el consultante.</p>	<p>En las pruebas se evidencia:</p> <p>Prueba A-D: para la identificación de conductas antisociales evaluadas en los ítems (1 – 20), el consultante arrojó una puntuación de 16 indicando la presencia de conductas antisociales, para los ítems (21 – 40) que evalúan conductas delictivas arrojó una puntuación de 8, indicando tener bajo puntaje en conductas delictivas.</p> <p>Prueba ACS: Según los resultados de la prueba se evidencia que las estrategias de afrontamiento menos</p>	<p>El consultante se muestra colaborador y mantiene una actitud positiva en la aplicación de las pruebas</p>

			<p>Aplicar prueba de depresión y ansiedad con el fin de evaluar el componente afectivo, depresivo y ansioso</p>			<p>utilizadas por el consultante son:</p> <p>Acción social: Hace referencia a dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades</p> <p>Reservarlo para sí: Es la estrategia expresada por elementos que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desean que conozcan sus problemas</p> <p>Prueba EHS: Según los resultados de la prueba se evidencia que el consultante utiliza poco las siguientes habilidades sociales:</p> <p>Auto-expresión en situaciones sociales: Indicando que no tiene la capacidad de expresarse de forma espontanea</p> <p>Expresión de enfado o de inconformidad: dificultad para expresar sus opiniones o discrepancias con el fin de no tener problemas</p> <p>Hacer peticiones: Este factor indica que el consultante suele callar y</p>	
--	--	--	---	--	--	--	--

						<p>asumir solo las situaciones</p> <p>Iniciar interacción con el sexo opuesto: Indica que el consultante no posee la habilidad de iniciar la conversación con alguien del sexo opuesto y de hacer un cumplido o halago</p> <p>Prueba IDARE: Según los resultados de la prueba el consultante mantiene un percentil de 72 para estado y un percentil de 61 para rasgo indicando alteración y presencia de ansiedad</p>	
		3	<p>Entrenar al consultante en técnicas de respiración para el manejo del auto control y la ansiedad</p> <p>Enseñar al consultante a reconocer los recursos que posee para abordar sus dificultades y aumentar su sentido de control ante circunstancias negativas.</p>	<p>Técnica de respiración</p> <p>Técnica de autocontrol</p> <p>Técnica de psicoeducación</p>	<p>Se realiza retroalimentación de lo sucedido durante la semana. Se realiza devolución de los resultados de las pruebas. Se trabaja con el consultante el tema de autocontrol (ira, agresividad e impulsividad, por medio de ejercicios como auto-supervisión, se establece un compromiso el cual se basa en la importancia de seguir realizando los ejercicios de respiración y lo trabajado durante la sesión con el fin de que el consultante tome</p>	<p>El consultante inicia con la adquisición del conocimiento sobre las técnicas de respiración se trabajó el tipo de respiración profunda el cual se trata de un ejercicio útil para la reducción del nivel de activación general el cual consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda. • Imaginar una bolsa vacía dentro del 	<p>El consultante se encuentra en un leve estado de somnolencia debido a la administración de medicamentos para la ansiedad.</p>

				<p>conciencia de la importancia de no solo realizar los ejercicios durante la sesión y con supervisión, sino que logre realizarlos por iniciativa propia.</p> <p>Por medio de la psico-educación se trabaja con el consultante la etapa de pre contemplación, donde se suministra al consultante información (lecturas) sobre las sustancias psicoactivas, las consecuencias del consumo y los cambios comportamentales que estas generan.</p>	<p>abdomen, debajo de donde apoyan las manos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comenzar a respirar y notar como se va llenando de aire la bolsa y como la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos • Mantener la respiración, repetirse interiormente “mi cuerpo esta relajado” • Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación. <p>Para las técnicas de autocontrol se trabajó la relajación progresiva la cual consiste en reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. El procedimiento para conseguirlo consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación que se produce.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

						<p>Inicialmente muestra rechazo por las actividades indicando no querer realizarlas, se suspenden las actividades durante unos minutos para conversar sobre la situación, finalmente el consultante accede a la realización de las actividades. Durante la sesión se brinda al consultante una lectura preventiva hacia la drogodependencia, donde se explica al consultante las consecuencias y los riesgos del consumo de cada una de las sustancias psicoactivas finalmente se realiza la lectura y se finaliza con la reflexión.</p>	
		4	<p>Entrenar al consultante en estrategias de afrontamiento y habilidades sociales autora María Ángeles Ruiz reforzando las herramientas poco utilizadas Identificar ideas irracionales en el consultante con el fin de modificar el modo de interpretación y la valoración subjetiva</p>	<p>Técnica de respiración y autocontrol Técnica de reestructuración cognitiva</p>	<p>Se inicia la sesión con la retroalimentación de lo sucedido durante la semana donde el consultante refiere disminución de los síntomas ansiosos, actitud asertiva hacia las actividades lúdicas y educativas realizadas en el centro de rehabilitación. Además, manifiesta inconveniente con su compañero de cuarto. Se realiza un resumen de lo trabajado en la sesión anterior, se continua con los</p>	<p>Se observa en el consultante más interés por las actividades realizadas, se evidencia la utilización de la técnica de respiración fuera de sesión indicando adherencia a la técnica. Para la técnica de reestructuración cognitiva se identifican ideas irracionales como: “me voy y dejo el consumo”, si consumo no me siento mal”, consumo para sentir paz y alegría”, “yo controlo el consumo”, “si consumo se</p>	<p>Para esta sesión el consultante no muestra estado de somnolencia, debido al no consumo de medicamento.</p>

					<p>ejercicios de respiración y se empieza con la identificación de ideas irracionales por medio del dialogo socrático</p>	<p>me facilita tener plata”, “si consumo puedo pertenecer a mi parche”. Después de las identificaciones de las ideas irracionales se ayuda al consultante a cuestionar los pensamientos desadaptativos, y se ayudan en el planteamiento de unos más apropiados los cuales permitan la disminución de la perturbación emocional y conductual.</p> <p>Se inicia con el entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento mediante la utilización de la técnica de ensayo conductual mediante el role-playing donde con la ayuda de otros pares (compañeros en proceso de rehabilitación) se realizó la actividad de expresión de sentimientos y emociones según el papel que cada uno iba sacando. E consultante puso resistencia al inicio de la actividad pero fue adaptándose por medio de la participación</p>	
		5	<p>Entrenar al consultante en estrategias de afrontamiento y habilidades sociales autora María Ángeles</p>	<p>Técnica de respiración y autocontrol Técnica de restructuración cognitiva</p>	<p>Se inicia la sesión con la retroalimentación de lo sucedido durante la semana, el consultante manifiesta cambio positivo en la relación con los</p>	<p>Se continúa observando en el consultante interés por la sesión y las actividades a realizar durante la misma. Se inicia la sesión con la técnica de respiración con el</p>	<p>Se observa adherencia a la técnica de restructuración cognitiva e interés por el</p>

			<p>Ruiz reforzando las herramientas poco utilizadas</p> <p>Identificar ideas irracionales en el consultante con el fin de modificar el modo de interpretación y la valoración subjetiva</p>		<p>compañeros, pero manifiesta síntomas ansiosos. Se realiza feedback de lo trabajado en la sesión anterior. Se continúa trabajando la técnica de respiración para disminución de estos síntomas y se procede a el trabajo con el dialogo socrático para la identificación y modificación de ideas irracionales</p>	<p>fin de disminuir síntomas ansiosos como: “sudoración, desinterés por las actividades a realizar, ganas de salir corriendo, taquicardia” durante la semana debido a celebración del cumpleaños de su mamá. Se continua con el entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento mediante la técnica de feedback, retroalimentado el ejercicio anterior, el cómo se llevó a cabo y el para que se realizó. Seguido se utilizó el dialogo socrático se con el fin de continuar trabajando las ideas irracionales presentadas. Para esta ocasión fueron “me quiero ir, yo me controlo afuera” y “afuera estaré mejor que aquí”. A diferencia de la sesión anterior donde el profesional / terapeuta, fue quien planteo los nuevos pensamientos, en esta ocasión el consultante hizo conciencia sobre las consecuencias que tendría si abandonaba el proceso, por ello el consultante hizo el ejercicio solo, cambiando las ideas irracionales de evasión por ideas o</p>	<p>trabajo realizado en sesión.</p>
--	--	--	---	--	---	--	-------------------------------------

						pensamientos adaptativos al proceso, reconociendo la importancia de continuar institucionalizado.	
		6	<p>Entrenar al consultante en estrategias de afrontamiento y habilidades sociales autora María Ángeles Ruiz reforzando las herramientas poco utilizadas</p> <p>Identificar ideas irracionales en el consultante con el fin de modificar el modo de interpretación y la valoración subjetiva</p>	Técnica de reestructuración cognitiva Técnica respiración	Se inicia la sesión con la retroalimentación de lo sucedido durante la semana, el consultante manifiesta alteración en los síntomas ansiosos nuevamente. Indica conducta evasiva del sitio donde se encuentra institucionalizado. Se realiza feedback de lo trabajado en la sesión anterior.	Se observa en el consultante somnolencia por aumento de medicación para la ansiedad (fluoxetina). Dicho aumento se genera con el fin de controlar la conducta de evasión. Debido a la situación presentada, se realiza con el consultante discusión cognitiva sobre las conductas presentadas. Se evidencia tranquilidad y escucha asertiva por parte del consultante. Finalmente, se continua con las técnicas de ensayo conductual y feedback con el fin de reforzar las estrategias de afrontamiento y las habilidades sociales menos utilizadas, se realizó un role playing sobre comunicación asertiva, también participaron sus pares. Al finalizar el juego de rol se hizo el feedback donde el consultante refiere “me sentí mejor en esta ocasión me fluyo más la interacción con los demás”	Al igual que en las sesiones anteriores y a pesar de las conductas evasivas y ansiosas del consultante, se sigue evidenciando el compromiso por el proceso de cambio.
		7	Identificar y expresar sentimientos de duelo por medio de la	Técnica del duelo	Se inicia la sesión con la retroalimentación de lo sucedido durante la semana,	Se observa en el consultante la disponibilidad, el entusiasmo por el inicio de	Se evidencia en el consultante actitud positiva

			<p>técnica del duelo del autor William Worden</p> <p>Entrenar al consultante en técnicas de respiración para el manejo del auto control y la ansiedad</p>	<p>Técnica respiración</p>	<p>el consultante manifiesta disminución en la dosis de fluoxetina, bajo supervisión médica, indica tranquilidad y asertividad en las actividades propuestas por la institución. Se hace feedback sobre lo realizado en la sesión anterior. Se explica al consultante la importancia de recordar la pérdida del padre como parte fundamental para el cambio del proceso.</p>	<p>la sesión. Se inicia con la técnica del duelo identificando que tan real es para el consultante la pérdida por ello se, empezando preguntando sobre: ¿cómo sucedió la pérdida? El consultante refiere: “mi papá tenía 35 años de edad, era un hombre fuerte, trabajador, teníamos una relación cercana, jugábamos futbol siempre que llegaba del trabajo, la relación con mi madre y mi hermana también era muy buena. Un día llamaron a mi mamá del trabajo para decirle que se habían llevado a mi papá para urgencias porque se había desmayado de un dolor fuerte en el estómago. Mi mamá fue a la clínica donde lo tenían y debido a ese desmayo y dolor le enviaron a mi papa unos exámenes los cuales al mes arrojaron cáncer de estómago, indicando un cáncer fuerte. Para nosotros fue dura la noticia, mi papá inicio con proceso de quimioterapias, pero el cáncer estaba muy avanzado y a los dos meses falleció”. 2 pregunta ¿Cómo fue el funeral? Consultante refiere: “fue muy duro, mi</p>	<p>para seguir avanzando el proceso. En esta ocasión el consultante es quien toma la iniciativa de iniciar con la sesión, avance importante para continuar.</p>
--	--	--	---	----------------------------	--	---	---

						<p>papá era más q eso, era mi amigo, lo velamos en la funeraria los olivos y lo enterramos en el cementerio central” “ha sido la situación más fea y dolorosa” según lo conversado y comentado por el consultante, existe realidad de la pérdida. Se indago sobre ¿qué cree que pensaría su papa si estuviera vivo sobre el consumo? Consultante refiere. “estaría triste y se sentiría defraudado por que siempre hablábamos de lo que eran las drogas en la vida de una persona” concluye “por eso estoy aquí en la fundación y quiero luchar para terminar el proceso y por la memoria de mi papá, por mí y por mi familia dejar las drogas”. No se evidencia sentimientos de hostilidad, ansiedad, culpa, rabia, frustración, en el momento de hablar sobre la pérdida, por el contrario, se muestra tranquilo y con actitud positiva para continuar. Al finalizar la sesión se trabaja la técnica de respiración profunda siguiendo los pasos ya mencionados</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

		8	<p>Identificar y expresar sentimientos de duelo por medio de la técnica del duelo del autor William Worden</p> <p>Identificar ideas irracionales en el consultante con el fin de modificar el modo de interpretación y la valoración subjetiva</p>	Técnica del duelo	<p>Se inicia la sesión con la retroalimentación de lo sucedido durante la semana, el consultante manifiesta tranquilidad y deseo de seguir con el proceso. Se hace feedback sobre lo realizado en la sesión anterior. Se indica al paciente que se seguirá trabajando sobre la pérdida.</p>	<p>Se observa actitud positiva frente a lo que se realizara en la sesión. Evidenciando en la sesión anterior que el consultante tiene aceptación por la pérdida del padre y donde no se evidencian sentimientos negativos sobre el mismo, se procede a que el consultante realice una carta sobre: Sentimientos que faltaron por expresar, cosas que no que quedaron por decir. Durante la realización de la carta se observa en el consultante sentimientos de tranquilidad, tristeza. Al finalizar la carta el consultante manifiesta tristeza porque no le puede expresar en persona lo que siente, pero indica que trabajara en el cambio en memoria de su padre.</p> <p>Se trabaja el dialogo socrático para la identificación de ideas irracionales donde el consultante manifiesta que se quiere ir porque desea estar con su familia pero que reconoce que afuera no podrá evadir el consumo y que si quiere cambiar debe seguir en el proceso. Con la sesión realizada se logra que el paciente cambie sus</p>	<p>Se evidencia en el consultante, un avance positivo en cuanto a las ideas irracionales, donde ya reconoce la importancia del proceso para el cambio.</p>
--	--	---	--	-------------------	---	---	--

						pensamientos y haga conciencia de la importancia de continuar con el proceso	
		9	Realizar aplicación de las pruebas (ASSIST, ACS, EHS, CUESTIONARIO A-D, IDARE, E IDER con el fin de conocer los avances POS tratamiento	Técnica de psico-educación	Durante la sesión 9 se realiza la aplicación de las 5 pruebas aplicadas al inicio del proceso terapéutico (AD, ACS, EHS, IDER, IDARE) con el fin de conocer los avances obtenidos por el tratamiento psicológico...		
		10	Hacer devolución de los resultados de las pruebas POS aplicadas Trabajar prevención de recaídas	Técnica de psico-educación	Se inicia la sesión con la retroalimentación del sucedido durante la semana, devolución de los resultados de las pruebas aplicadas POS y asesorar sobre las situaciones que lo pueden poner en riesgo nuevamente hacia el consumo.	Se realiza retroalimentación de lo realizado durante la semana, donde el paciente refiere el no aumento de medicación para el manejo de ansiedad, mayor interacción con sus compañeros de proceso, más control en el manejo de la ansiedad y mejor control en el manejo de los pensamientos desadaptativo. Se hace la devolución de los resultados de las pruebas aplicadas resaltando los aspectos mejorados, y los que están por mejorar con el fin de que el consultante, continúe con los ejercicios realizados en las sesiones con el fin de seguir avanzando en el proceso de retroalimentación.	

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

Etapa	No. de sesión	Procedimientos realizados
Fase: Evaluación y diagnóstico	1 - 2	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de caso. • Entrevista clínica. • Observación conductual • Aplicación de los instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ASSIST ▪ Cuestionario A-D ▪ Escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes (ASC) ▪ Escala de habilidades sociales (EHS) ▪ Ansiedad estado / rasgo (IDARE)
	3-4	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis funcional. • Devolución de resultados. • Entrenamiento en técnicas de respiración. • Entrenamiento en estrategias de afrontamiento y habilidades sociales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensayo conductual ▪ Feedback • Reestructuración cognitiva <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialogo socrático
Segunda y Tercera etapa: Intervención	5 -6	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en estrategias de afrontamiento y habilidades sociales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensayo conductual ▪ Feedback • Reestructuración cognitiva <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialogo socrático
	7- 8	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de duelo. • Técnica de respiración. • Reestructuración cognitiva <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialogo socrático
	9	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de instrumentos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario A-D ▪ Escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes (ASC) ▪ Escala de habilidades sociales (EHS) ▪ Ansiedad estado / rasgo (IDARE)
	10	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución de resultados • Prevención a recaídas.