

**SISTEMATIZACIÓN DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL DEL
PROGRAMA DE APOYO AL SERVICIO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
INDIVIDUAL EN LA FUNDACIÓN TERAPÉUTICA LA PILOTO DESDE LA
MODALIDAD DE PASANTÍA.**

**TRABAJO DE GRADO EN MODALIDAD PASANTIA PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

LUIS ALEJANDRO CABALLERO MORENO



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA
2016**

**SISTEMATIZACIÓN DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL DEL
PROGRAMA DE APOYO AL SERVICIO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
INDIVIDUAL EN LA FUNDACIÓN TERAPÉUTICA LA PILOTO DESDE LA
MODALIDAD DE PASANTÍA.**

**TRABAJO DE GRADO EN MODALIDAD PASANTÍA PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

LUIS ALEJANDRO CABALLERO MORENO

ASESORA

CLAUDIA SUSANA SILVA FERNANDEZ



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA
2016**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	7
1. Introducción.....	9
2. Justificación.....	12
3. Objetivos.....	14
3.1.Objetivo general.....	14
3.2.Objetivos específicos.....	14
4. Descripción de la institución.....	15
5. Referente conceptual.....	17
6. Metodología.....	24
7. Resultados.....	31
8. Discusión.....	47
9. Conclusiones.....	50
10. Sugerencias y recomendaciones.....	52
11. Referencias.....	54
12. Anexos.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Técnicas e instrumentos psicoterapéuticos más usados en el tratamiento de las adicciones.

Tabla 2. Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 1

Tabla 3. Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 2

Tabla 4. Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 3

Tabla 5. Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 4

Tabla 6. Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 5

Tabla 7. Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 6

Tabla 8. Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 7

Tabla 9. Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 8

Tabla 10. Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 9

Tabla 11. Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 10

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Distribución de pacientes voluntarios e involuntarios.

Gráfica 2. Distribución de pacientes en relación con el rango de edades.

Gráfica 3. Problemáticas atendidas.

Gráfica 4. Distribución de la Actitud del paciente 1 sobre su consumo.

Gráfica 5. Distribución de la Actitud del paciente 2 sobre su consumo.

Gráfica 6. Distribución de la Actitud del paciente 3 sobre su consumo.

Gráfica 7. Distribución de la Actitud del paciente 4 sobre su consumo.

Gráfica 8. Distribución de la Actitud del paciente 5 sobre su consumo.

Gráfica 9. Distribución de la Actitud del paciente 6 sobre su consumo.

Gráfica 10. Distribución de la Actitud del paciente 7 sobre su consumo.

Gráfica 11. Distribución de la Actitud del paciente 8 sobre su consumo.

Gráfica 12. Distribución de la Actitud del paciente 9 sobre su consumo.

Gráfica 13. Distribución de la Actitud del paciente 10 sobre su consumo.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

Anexo 2. Asentimiento informado.

Anexo 3. Formato de historia clínica.

Anexo 4. Protocolo de entrevista individual.

Anexo 5. Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ).

Anexo 6. Formato de preventivo de recaídas.

Anexo 7. Formato de registro de avance del paciente.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: SISTEMATIZACIÓN DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL DEL PROGRAMA DE APOYO AL SERVICIO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL EN LA FUNDACIÓN TERAPÉUTICA LA PILOTO DESDE LA MODALIDAD DE PASANTÍA.

AUTOR(ES): LUIS ALEJANDRO CABALLERO MORENO

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): CLAUDIA SUSANA SILVA FERNANDEZ

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo sistematizar un programa de apoyo que fortalezca el servicio de intervención psicológica individual en la Fundación Terapéutica la Piloto desde la modalidad de pasantía desarrollado durante el segundo semestre del año 2015. El número de consultantes que se les realizó intervención psicológica individual fue de 10 personas con conductas de consumo abusivo de sustancias psicoactivas de género masculino, cuyo rango de edades oscilaban desde los 14 años hasta los 26 años de edad. Dentro de las intervenciones psicológicas se realizaron evaluaciones primarias, evaluaciones de factores de recaída, control de seguimiento, orientaciones de reincorporación al programa de rehabilitación e incorporación al proceso. Este programa estuvo enmarcado por el modelo cognitivo-conductual y en él se emplearon los instrumentos de observación, la entrevista semi-estructurada, el Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) y El Preventivo de Recaídas. De igual manera se lleva a cabo el cumplimiento del objetivo general, dando apoyo al servicio de intervención psicológica individual desde el enfoque cognitivo conductual.

PALABRAS CLAVES:

Intervención psicológica, rehabilitación en adicciones, modelo cognitivo-conductual, fundación la piloto.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Systematization of the Supporting Program for Individual Psychological Intervention from the Cognitive - Behavioral approach at La Piloto Therapeutical Foundation – Internship modality

AUTHOR(S): Luis Alejandro Caballero Moreno

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Claudia Susana Silva Fernández

ABSTRACT

The objective of this work is to systematize a supporting program for the strengthening of individual psychological intervention service at La Piloto Therapeutic Foundation from the Internship Modality during the Second Semester of the year 2015. Ten male individuals with psychoactive substance abuse from 14 years old to 26 years old received individual psychological intervention. The psychological intervention included primary evaluations, assessments of relapsing factors, follow-up control, and orientation sessions for returning to the rehabilitation program and incorporation into the process. This program was framed within the cognitive – behavioral model and included the application of observation Instruments, semi-structured interviews, the Clinical Analysis Questionnaire (CAQ), and the Relapse Prevention Guidelines. Furthermore, the general objective has been attained since support was provided to the individual psychological intervention service from the cognitive – behavioral approach.

KEYWORDS:

Psychological intervention, addiction rehabilitation, cognitive-behavioral approach, La Piloto Foundation.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCION

Cuando se habla de la población que tiene relación con las sustancias psicoactivas surgen diversos cuestionamientos como por ejemplo, ¿qué es una droga?, ¿se dividen las drogas?, ¿qué consecuencias traen para la persona el abuso de sustancias?, ¿por qué se consumen las drogas? y ¿cuáles son los posibles tratamiento para dejar el consumo de sustancias?, cuestionamientos que son necesarios de plantear ya que si se desea dar un abordaje a la problemática mencionada se debe tener claridad de los mismos

En primer lugar el consumo de drogas sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas, por ejemplo, en 2012 se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas, asimismo se calcula que el 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años de edad, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita según con el Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014).

Por otro lado en Colombia el último estudio nacional de consumo de drogas en el 2013 muestra que cerca de 2,6 millones de personas, un 11,1% de la población total (en edades comprendidas entre los 12 y 65 años), presentan un consumo problemático de alcohol, de estas 276.367 personas presentan comportamientos indicativos de dependencia, afirmando que el mayor compromiso se encuentra en el grupo de edad entre los 18 y 24 años, afectando especialmente a jóvenes y adultos en edad productiva, según lo refiere el Ministerio de Salud y Protección Social Y Dirección Nacional de Estupefacientes.

A su vez, según Ramos (2015), dentro del área metropolitana de Bucaramanga los estudios muestran que la prevalencia del consumo de alcohol es mayor al 80% en población

general y población universitaria, le sigue el consumo de tabaco en el 34% en población universitaria y el 3,8% en adolescentes.

En respuesta a dicha problemática, actualmente existen instituciones de rehabilitación o centros de intervención terapéuticos, los cuales cuentan con estrategias, modelos y enfoques de intervención propios a la hora de trabajar con personas que presentan dificultades con el uso y abuso de sustancias psicoactivas, tal es el caso de la Fundación Terapéutica la Piloto (FTLP), un centro de rehabilitación en adicciones y alteraciones del comportamiento de la ciudad de Bucaramanga, la cual presta servicios de hospitalización para el proceso de desintoxicación, atención en psicología clínica desde la consulta externa, intervención biopsicosocial, apoyo educativo y familiar.

Dentro de sus instalaciones alberga a 12 personas por cada sede, cuya característica principal es la de presentar manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas generadas a raíz del consumo repetitivo de una sustancia, el deseo intenso de consumirla y el aumento a la tolerancia de dicha sustancia según lo refiere. Es por ello que la FTLP brinda un programa enfocado en dar solución a las problemáticas específicas del paciente, llevando a cabo un proceso en el cual varios profesionales de la salud están inmersos y empleando técnicas cognitivo-conductuales, las cuales suponen mayor comprensibilidad a la hora de tratar los problemas derivados del uso de sustancias según lo menciona Pedrero, et al. (2008).

Por último el papel del psicólogo de la FTLP es el de brindar orientación psicológica individual con el propósito de comprender con detalles los problemas que presenta el paciente, identificar las variables que se relacionan esas dificultades y diseñar objetivos y metas de tratamiento, para que el paciente adopte herramientas para cambiar actitudes y controlar sus situaciones problema. Por otro lado lo mencionado anteriormente aplica para

los pacientes que se encuentran desarrollando el programa de rehabilitación o personas que buscan orientación por medio de la consulta externa.

De igual manera las intervenciones de grupo hacen parte del quehacer del profesional de la salud dentro de la FTLP, ya que por medio de esta intervención se permite promocionar el nivel de participación activa, elevar el nivel de conocimiento de la comunidad sobre sus problemas, recursos, necesidades y alternativas de solución.

JUSTIFICACION

La intervención individual desde el enfoque cognitivo conductual sirve 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, asimismo la filosofía de la intervención está basada en la consideración del paciente como un científico, ya que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias (Becoña et al., 2008).

Es por eso que este proyecto nace ante la necesidad de reforzar el servicio de intervención psicológica individual desde el enfoque cognitivo conductual de la Fundación Terapéutica la Piloto desde la modalidad de pasantía, con el fin de generar bienestar en el paciente, ya que durante el transcurso de los años 2014 y 2015 se ha venido trabajando con esta población e identificado falencias que anteriormente se mencionaban, por tal motivo se reconoce la importancia de generar espacios de intervención individual, los cuales han demostrado tener mejores resultados en indicadores de abstinencia y prevención de recaídas según Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas (2013).

Asimismo para llevar a cabo la realización de este proyecto de estudio e intervención es de vital importancia conocer cuáles fueron las bases que servirían de sustento para su implementación basado desde el enfoque cognitivo conductual con el fin de contribuir al afianzamiento por parte del futuro profesional en el área de psicología de los aspectos relacionados con el mundo de las sustancias psicoactivas, los posibles tratamientos desde el enfoque anteriormente mencionado y una metodología que involucró aspectos de evaluación como la observación, la recolección de información por medio del Formato de Entrevista

Individual, la aplicación de instrumentos como el Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) y la utilización de técnicas cognitivo conductuales.

Asimismo el presente trabajo aporta al aprendizaje sobre los sustentos teóricos, los enfoques de trabajo y las técnicas de intervención con pacientes cuyas características están relacionadas con el uso excesivo de sustancias psicoactivas, al convertirse en una guía para futuros pasantes y profesionales de la psicología.

Por último el presente trabajo tendría una utilidad para futuros estudios en relación a la pregunta ¿Cómo lograr que el paciente no abandone el programa de control y seguimiento luego de haber participado dentro de un proceso de intervención individual?

OBJETIVOS

Objetivo General

Implementar un programa de apoyo al servicio de intervención psicológica individual desde el enfoque cognitivo conductual en la fundación terapéutica la piloto desde la modalidad de pasantía.

Objetivos específicos

Generar espacios de evaluación con el fin de identificar con mayor claridad las características específicas de los pacientes.

Brindar atención psicológica de manera individual a los pacientes de la Fundación Terapéutica la Piloto implementando técnicas cognitivo conductuales.

DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

La Fundación Terapéutica La Piloto (FTLP), es una organización privada y autónoma, fundada en 2010, con el fin de establecer un lugar que posibilite la recuperación de jóvenes y adultos por medio de una entidad que articula la experiencia, personal con formación en farmacodependencia y procesos de calidad para dar solución a las demandas, necesidades y expectativas en los temas relacionados con adicciones, farmacodependencias, asesoría de compromisos sociales, asesoría en salud ocupacional, asesoría para el desarrollo de la comunidad, entre otras, en el área metropolitana de Bucaramanga.

Su sede principal y demás extensiones están ubicadas en el Barrio Provenza, cada sede tiene la capacidad de albergar a 12 personas, un Psicólogo y tres o cuatro educadores (llamados: líderes, operadores y funcionarios), encargados de atender a los pacientes en sus diferentes necesidades en el proceso de desintoxicación.

De esta manera, la FTLP se constituye con el propósito de tener un impacto sobre la comunidad en general y las poblaciones vulnerables con el objetivo de promover la salud mental y prevenir problemáticas relacionadas a la farmacodependencias. Por esta razón, presta servicios de hospitalización para el proceso de desintoxicación, atención en psicología clínica desde la consulta externa, intervención biopsicosocial, apoyo educativo y familiar.

El ejercicio de la práctica desde la modalidad de pasantía cuenta con el convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana desde la Coordinación de Trabajos de Grado en Psicología, lo cual permitió tanto a la fundación como a la Universidad consolidar la proyección social y el desarrollo de habilidades y experticia en este tipo de contexto.

Misión

La Fundación Terapéutica la Piloto (FTLP) es una institución Santandereana, que ofrece promoción, prevención en servicios de salud mental integral y salud pública fundamentados en principios de Amor, honestidad, conciencia social, responsabilidad, perdón, y reconciliación, con profesionales competentes, preparados y calificados para la intervención en programas colectivos y/o personalizados, siempre que sea necesario.

Visión

La FTLP en su profunda convicción que todo ser humano tiene la posibilidad de desarrollarse en equilibrio en sus tres dimensiones, espíritu, alma y cuerpo, trabaja de modo que se proyecte y se convierta en un modelo que genere expectativas de cambio social para el 2017 momento en el que será piloto en programas de promoción, prevención en servicios de salud mental integral y salud pública.

Recursos Físicos

La FTLP está ubicada en el departamento de Santander, en la ciudad de Bucaramanga en la dirección calle 106 N°23a-77 del barrio Provenza. La planta física está estructurada en concordancia con las normas establecidas por la secretaria de la salud, en donde se garantiza comodidad y seguridad, sumado a la calidad de servicios terapéuticos que se ofrecen a la población.

REFERENTE CONCEPTUAL

En la actualidad y con el paso del tiempo se ha podido identificar un incremento considerable en la cantidad de personas que han tenido contacto con sustancias psicoactivas; diversas investigaciones realizadas en el campo de las adicciones señalan que cada vez el umbral de edad del primer contacto con sustancias psicoactivas va disminuyendo, situándose en términos generales alrededor de los 15 años de edad (Sánchez et al., 2012).

Pero antes de entrar a desglosar el tema de la adicción a sustancias psicoactivas y posibles tratamientos psicológicos enfocados a reducir su consumo, es importante mencionar algunas posturas que contribuyen al reconocimiento de este concepto, en primer lugar la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994) habla que una droga es toda aquella sustancia introducida al organismo capaz de modificar el funcionamiento de los tejidos; esta definición es muy global abarcando fármacos de prescripción, sustancias psicoactivas, plantas medicinales, entre otras sustancias. Asimismo la OMS (2004) reconoce que las sustancias psicoactivas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo, actuando en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones.

Por otro lado Rodríguez (1995) menciona que las Sustancias Psicoactivas (SPA) son fármacos, no medicados o sustancias cuyo consumo afecta el sistema nervioso central, y que unidos a situaciones de alto riesgo o marginalidad social, producen en el consumidor efectos lesivos para la salud, el comportamiento y la convivencia social; al igual Escallon y Pérez (1998), definen las SPA como aquellas sustancias que ejercen su acción sobre el sistema nervioso central y que tienen la capacidad de producir transformaciones, bien sea aumentando o disminuyendo su nivel de funcionamiento o modificando los estados de conciencia. En el mismo sentido Villareal, Salvador, González, Calume & Gutiérrez (2006)

las definen como aquellas sustancias que al ser ingeridas, inyectadas o fumadas por las personas alteran el funcionamiento del sistema nervio central, modificando la forma de ver, sentir y actuar de los sujetos que la consumen.

Asimismo las sustancias psicoactivas pueden clasificarse de diversas formas: legales o ilegales, por ser de origen natural o sintético o por ser drogas duras o blandas. Pero quizá la forma más práctica de clasificar las sustancias psicoactivas es por el efecto causado, por eso Olivencia y Cangas (2004) clasifican las sustancias psicoactivas en tres grupos:

1. Depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC): Alcohol, Analgésicos: Opio, Hipnóticos, Ansiolíticos
2. Estimulantes del SNC: Cocaína, Anfetamina, Cafeína, Nicotina
3. Perturbadoras del SNC: Alucinógenos tales como la dietilamida de ácido lisérgico o LSD, derivados del cannabis como la marihuana, el hachís y el tetrahidrocannabinol o THC.

Pero, ¿qué impacto genera en una persona el consumir sustancias psicoactivas? La Organización Mundial de la Salud (2004) divide los efectos causados por el consumo de SPA en tres categorías; en primer lugar están los efectos crónicos en la salud tales como la cirrosis por el consumo excesivo de alcohol, cáncer a raíz del consumo de cigarrillo o el contagio del VIH por el uso de agujas compartidas. En según lugar, efectos a corto plazo sobre la salud biológica como lo es las sobredosis, las muertes causadas por conducir bajo efectos del alcohol u otras drogas y los suicidios. Por último, los efectos sociales generados por el consumo excesivo tales como rupturas súbitas de relaciones significativas y el incumplimiento de las obligaciones laborales y familiares.

El uso indebido de sustancias psicoactivas no es un problema nuevo y afecta tanto a países desarrollados como a aquellos en vía de desarrollo, generando graves problemas en materia de salud pública para la población en general (Camacho, 2008). Colombia es un país afectado fuertemente por el consumo de drogas debido a que es un país productor y traficante de varias sustancias psicoactivas, lo que se convierte en un factor de riesgo que sumado a la desigualdad social y a la falta de oportunidades para progresar terminan siendo un detonante para posibles adicciones (Medina & Carvalho, 2010). Un informe de investigación desarrollado por Hernández (2015) en Colombia reveló que cerca de 2,6 millones de personas cuyas edades oscilaban entre los 12 y 65 años de edad presentan consumos problemáticos de alcohol; de los cuales cerca del 10% de ellos revelaban comportamientos indicativos de dependencia a la sustancia afectando su etapa productiva.

Una vez se inicia el consumo de SPA y éste se haya mantenido a través del tiempo, existe la probabilidad que el sujeto genere una adicción o dependencia a la sustancia, es allí donde autores como Pierce (2003) mencionan que la adicción es una conducta que un individuo no puede cambiar por sí mismo y del mismo modo es entendida como un síntoma de una enfermedad emocional plurifactorial, de la misma forma como lo menciona Dolácio (2009) cuando se refiere al consumo excesivo de sustancias, “el resultado es la adicción, la marginación y, muchas veces, la muerte (p.7)”, es allí donde resulta importante tener claridad frente a lo que es la dependencia a una sustancia y su diferencia con el abuso de sustancias, pues en muchas ocasiones se tienden a confundir ambos términos. Por *dependencia* se entienden todas aquellas manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas generadas a raíz del consumo repetitivo de una sustancia que incluyen el deseo intenso de consumirla y el aumento a la tolerancia de dicha sustancia; mientras que en el abuso se denomina el acto en el cual se hace uso de la drogas sin receta y prescripción médica y el uso

de sustancias para satisfacer necesidades físicas y psíquicas, y las cuales son perjudiciales para el individuo (Vega, Romero, Botero & Peláez, 1984). Vega et. al. (1984) mencionan que es posible encontrarse con dos clases de dependencia, una física (adaptación fisiológica del organismo a la presencia de una droga) y otra psicológica (deseo de ingerir de manera periódica y continua una droga para procurarse placer o evadir de la realidad, la cual puede presentarse independientemente de la dependencia física).

Una vez se hayan generado características significativas en relación al abuso de sustancias psicoactivas, se encuentra que la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) ha desarrollado criterios diagnósticos para determinar cuándo existe dependencia a una sustancia, en primer lugar existen diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias. Asimismo el manual diagnóstico incluye el juego patológico dentro de la categoría de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, ya que de un modo similar estas conductas tienen una activación directa del sistema de recompensa del cerebro. Cabe resaltar que dentro del DSM-5 no se observa la palabra *adicción*, se utiliza una expresión según refieren neutra: *trastorno por consumo de sustancias*.

Es así como, desde una perspectiva funcional, el consumo de sustancias es un hábito aprendido que puede ser modificado como cualquier hábito comportamental resultante de la interacción de múltiples factores que van desde lo biológico, pasando por las motivaciones personales, el contexto, hasta las consecuencias fisiológicas y sociales derivadas de la auto administración de la sustancia, donde las drogas cumplen un papel como reforzador positivo o negativo (Secades & Fernández, 2001).

A partir de lo anteriormente expuesto, es posible evidenciar que una persona inmersa en el consumo de SPA presentará desorganización a nivel familiar, social y personal; de allí

la importancia de la Psicología en el desarrollo de programas de tratamiento eficaces que permitan dar una comprensión más amplia del problema y controlar dicha problemática. Para lo anterior existen diversas técnicas e instrumentos psicoterapéuticos enfocados al tratamiento de la adicción en una persona, los cuales se pueden apreciar en la Tabla 1 conforme plantean Verdugo et al. (2012) de las principales terapias usadas en el tratamiento de las adicciones.

Tabla 1
Técnicas e instrumentos psicoterapéuticos más usados en el tratamiento de las adicciones

<i>Terapias</i>	<i>Componentes y estrategias</i>
<i>Conductuales y Cognitivo Conductuales</i>	Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento Manejo de contingencias Exposición a señales Prevención de recaídas Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones Reestructuración cognitiva Detección del pensamiento

Aunque son innumerables las técnicas existentes para el tratamiento de las adicciones, no todas las técnicas cuentan con evidencia empírica que permitan validar resultados eficaces a corto y largo plazo. Diversos estudios (Sánchez-Hervás & Gradoli, 2001; Secades & Fernández, 2001; Sánchez- Hervás, 2004) señalan que las principales técnicas con validez empírica de su eficacia son las de enfoque cognitivo- conductual (Prevención de recaídas,

entrenamiento en habilidades sociales, manejo de contingencias, entrenamiento en conductas incompatibles), aunque existen otras técnicas con igual validez como lo son la terapia familiar multidimensional, la terapia multisistémica y el modelo transteórico de cambio (Becoña et al., 2010).

Así mismo Sánchez- Hervás, Gradolí y Morales (2004) realizaron una investigación dirigida a indagar sobre los modelos y propuestas más interesantes en el ámbito del tratamiento de las conductas adictivas, con el fin de identificar sus principales fortalezas y limitaciones y a partir de ello plantear lo que ellos llamaron un *modelo integrado de intervención*. El objetivo de dicho modelo es poder hacer una evaluación real de las necesidades y los procesos de cambio del paciente, para que de ésta forma se pueda decidir las técnicas más adecuadas a utilizar que permitan obtener resultados perdurables en el tiempo.

Por otro lado, Sánchez-Hervás & Gradoli (2001) mencionan algunos elementos importantes a tener en cuenta por parte del profesional de la salud al momento de tratar un paciente con adicción; para ellos todo paciente es diferente y por lo tanto el abordaje que se debe hacer con cada uno es distinto, si se quiere lograr efectividad en un tratamiento es necesario abarcar las múltiples necesidades del paciente, la medicación es un elemento importante en el tratamiento de muchos pacientes, recuperarse de una adicción es un proceso a largo plazo que requiere distintos episodios de tratamiento.

Para terminar, Pedrero, et al.,2008 menciona que las intervenciones desde el modelo cognitivo-conductual suponen mayor comprensibilidad a la hora de tratar los problemas derivados del uso de sustancias, por su parte Salazar (2009) menciona que las intervenciones cognitivo-conductuales son las de elección, dado que se ha comprobado que son superiores a los otros métodos psicoterapéuticos y menciona que la técnica a utilizar dentro de esta, es

la detención del pensamiento, la cual consiste en atacar directamente el craving o deseo de abandonar la abstinencia.

METODOLOGIA

Método

El presente trabajo se contempla como un estudio de caso único, el cual es entendido por Chetty (1996) citado por Martínez (2006) como una metodología rigurosa que es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren, permite estudiar un tema determinado, es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas, estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable, explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen, y juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado.

Población

La población estuvo conformada por pacientes en dificultades en el uso de sustancias psicoactivas, dentro de un programa de rehabilitación intramural y alteraciones del comportamiento, cuya duración fue inconsistente ya que por múltiples factores como por ejemplo, la falta de recursos económicos hacia que los pacientes desistieron del programa llevándolos a abandonarlo. El número de pacientes de la Fundación La Piloto a quienes se les realizó intervención psicológica fueron 10, cuyas edades comprendían desde los 14 años hasta los 25 años, siendo estos todos del género masculino. Asimismo cabe destacar que para la selección de estas personas no se tuvo en cuenta la región geográfica de residencia ni el estrato sociodemográfico. De igual manera es de vital importancia resaltar que 6 de ellos llegaron al proceso de manera *involuntaria*, tal y como lo demuestra la gráfica 1.

Instrumentos

1. Formato de consentimiento informado

Por medio de este formato cada persona presentó por escrito una constancia de su participación voluntaria y conociendo que existe la posibilidad de retirarse si lo desea en cualquier momento durante cada proceso de intervención, además de las características propias del proceso. En función de esto Hernández & Sánchez (2015) refieren concebir a las personas a partir del concepto de la dignidad humana del Artículo 1º de la Constitución Política de Colombia de 1991, en donde impide su cosificación, el ser objeto de cualquier tipo de intervención, incluso psicológica, sin su consentimiento, además según el Ministerio de la protección social (2006) el psicólogo no podrá practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente. De este modo el consentimiento informado tiene una fundamentación ético-moral y axiológica, cuyo propósito es sentar las bases de unos principios que orienten la relación de los psicólogos en su ejercicio profesional con los diferentes usuarios de sus servicios (Ver Anexo 1).

2. Asentimiento informado

Se diseñó un formato con el cual cada menor de edad presentará por escrito una constancia de su participación voluntaria y conocerá que existe la posibilidad de retirarse si él lo desea en cualquier momento durante cada proceso de intervención, además de las características propias del procesos (ver Anexo 2).

3. Historia clínica

En primer lugar la historia clínica es uno de los elementos claves para el registro y seguimiento del proceso de intervención, este formato es definido por Guzmán y Arias (2012) como una forma de registro del acto médico, cuyas características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. Del mismo modo en ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Además, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado. Por otro lado este formato es utilizado como herramienta para evaluar criterios diagnósticos. El formato de historia clínica es facilitado por la institución donde permite un abordaje del paciente en la detección de la impresión diagnóstica y las afectaciones significativas del estado mental del sujeto, evaluando las áreas: subjetivas, objetivas, de análisis y el plan a seguir en relación con el paciente (Ver Anexo 2).

4. Protocolo de entrevista individual

El presente instrumento intenta recopilar la mayor cantidad de información desde la opinión personal del consultante, con el fin de identificar datos relevantes que ayuden en la exploración inicial del mismo (Ver Anexo 4).

5. Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)

Es un instrumento elaborado por Krug (1980), para la evaluación de conductas psicopatológicas. La versión empleada para la evaluación de los participantes es la creada por Krug entre 1987-1994, ofrecida por TEA y recoge únicamente las 12 escalas clínicas, de las 12 escalas, las siete primeras analizan los siguientes componentes de la depresión:

Hipocondriasis (D1) (esta escala evalúa la preocupación por las alteraciones del cuerpo), *Depresión Suicida (D2)* (El contenido de los elementos se centran en los pensamientos de autodestrucción), *Agitación (D3)* (Esta escala está relacionada con la hipomanía del MMPI, los sujetos indican que les "gustaría hacer algo arriesgado", buscan la agitación, debajo de estos deseos puede haber un anhelo de muerte, que explicaría esta búsqueda inquieta de aventura y riesgo), *Depresión Ansiosa (D4)* (defiere de la dimensión de ansiedad propiamente), *Depresión Baja-Energía (D5)* (esta escala en su puntuación alta revela a sujetos que se sienten tristes y de mal humor, que despiertan sin energías para comenzar el día, casi nunca duermen profundamente, a menudo la vida les parece vacía y solitaria, les entusiasma muy poco la vida y perciben sentirse agotados y bajos), *Culpabilidad-Resentimiento (D6)* (esta escala revela depresión asociada a sentimientos de culpa o de haber cometido lo imperdonable y la consecuente sensación de inutilidad o impotencia) y *Apatía Retirada (D7)* (esta escala revela dos rasgos importantes: la sensación de que la vida resulta ser bastante absurda y sin sentido como para preocuparse, y de otro lado, la tendencia a evitar el trato con los demás). Las cinco escalas restantes miden los factores psicopatológicos que son: *Paranoia (Pa)* (generalmente se acopla a la clásica definición de síndrome paranoico, revela en el sujeto declaraciones de recelo, sensación de injusticia y persecución, celos con respecto a otros, cierto cinismo sobre la naturaleza humana y temor a ser envenenado), *Desviación Psicopática (Pp)* (estas personas revelan fuerza y energía para estar dos o tres días sin dormir; no les importa ser el centro de atención y les encantan las discusiones y situaciones de emergencia), *Esquizofrenia (Sc)* (las puntuaciones altas en esta escala revelan a sujetos que tienen dificultades para expresar sus ideas, tienen impulsos extraños, creen que la gente no les comprende y la evitan por motivos que desconocen, igualmente tienen pérdida de memoria, sentimientos de irrealidad y alucinaciones, asimismo las puntuaciones muy altas

se encuentran en esquizofrénicos; moderadamente altas en neuróticos narcoadictos), *Psicastenia (As)* (se caracteriza por el tipo obsesivo de conducta sobre la que el sujeto declara tener poco autocontrol) y *Desajuste Psicológico (Ps)* (Esta escala junto con Pa, Sc y As corroboran la presencia de psicosis en el sujeto). Asimismo este cuestionario está compuesto por 144 cuestiones o ítems, y para su aplicación se solicita al participante que marque con una “X” la opción que más se habitúe a él; es decir, la que más se acerque a sus actitudes e intereses, procurando evitar señalar muchas veces la respuesta intermedia. Las opciones de respuestas son: A, B o C; siendo A y C las opciones extremas según cada cuestión. En cuanto a la confiabilidad del CAQ, se evidencia un coeficiente Alfa promedio de 0,51 (Krug, 1994). Así mismo, los análisis de validez presentan 12 factores independientes (escalas), y 5 factores de segundo orden que son Ansiedad, Extraversión, Independencia, Socialización controlada o Supergo y Depresión (Krug, 1994). (Albarracín, 2012, p.37). (Ver Anexo 5).

6. Preventivo de recaídas

Esta fue una guía utilizada para el recogimiento de variables de riesgo por parte del paciente dentro del proceso de intervención. Fue diseñada por la Fundación La Piloto en el año de 2015 y allí se exponen las variables cuya identificación y reconocimiento son vitales para disminuir la recaída, estas variables son las afectivas o de estado de ánimo, las conductuales y cognitivas, las ambientales y de relaciones interpersonales, las fisiologías, las espirituales y por ultimo las psicológicas y psiquiátricas (Ver Anexo 6).

7. Formato de registro de avance del paciente

Este formato fue creado para que el paciente registrara la puntuación que este creía respecto a los deseos de consumo, los pensamientos de consumo y las acciones reflejadas por

medio del hablar en relación con el consumo. El rango de calificaciones comprendía de 0 a 4 en donde 0 era 2unca, 1 casi nunca, 2 ocasionalmente, 3 casi siempre y 4 siempre. Asimismo este formato debía llenarse con el fin de revisar subjetivamente los avances del proceso terapéutico en relación con el consumo de sustancias (Ver Anexo 7).

Procedimiento

Este proceso de modalidad de pasantía estuvo dividido en varias fases, en primer lugar procedió a tomar la muestra, cuya condición era que se encontraran realizando un proceso de rehabilitación en adicciones y alteraciones del comportamiento en la fundación Terapéutica La Piloto, la cual estuvo enmarcada por varios desistimientos a lo largo de la realización de la práctica, ya que inicialmente se tenía una muestra de 15 personas, de las cuales 3 de ellas finalizaron proceso de rehabilitación a los pocos días de haber iniciado la fase de evaluación del presente proceso, asimismo 2 de ellas abandonaron el programa de rehabilitación por motivos económicos, dejando la fase de intervención sin concluir. Finalmente la muestra restante culminó satisfactoriamente el proceso de intervención. En el grafico N.2 se puede ver la distribución correspondiente al rango de edades según Mansilla (2000), en donde se aprecia que el primer 40% de la población pertenencia a la etapa de la adolescencia (12-17 años de edad), el segundo correspondía a la juventud (18-24 años de edad) y finalmente el 20% restante hacia parte de la etapa adulto joven (25-40 años de edad).

En segundo lugar se procede a aplicar el protocolo de entrevista individual con el fin de reconocer información relevante y explicativa para identificar problemas de intervención así como dilucidar las opciones de tratamiento. Asimismo para que dicho proceso tuviese mayor sustentabilidad se empleó el instrumento denominado Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) con el propósito de identificar características propias de personalidad de los pacientes. En la gráfica N. 3 se pueden apreciar la tipología de problemas encontrados luego

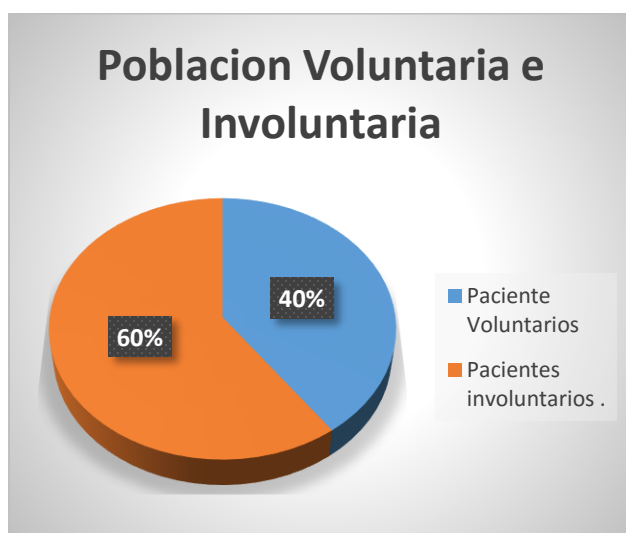
de la aplicación de estos instrumentos, en donde el 12% de la población tenían dificultades con los comportamientos relacionados con la insatisfacción de la vida, las debilidades en el control de impulsos y la falta de conocimiento sobre la enfermedad. Por otro lado el 2% corresponde a la presencia de pensamientos autodestructivos.

Posteriormente se establece un programa de intervención basado en el enfoque cognitivo conductual, cuya duración estuvo sujeta a los avances del paciente y a las evaluaciones aplicadas del Formato de registro de avance del paciente. Por otro lado las técnicas empleadas en el proceso de intervención fueron: el entrenamiento de relajación, la meditación de amplia conciencia, la respiración profunda y control respiratorio. Asimismo la reestructuración cognitiva, la terapia de resolución de problemas, las habilidades para perdonar y los autoregistros fueron de gran utilidad. Finalmente las preguntas reflexivas, el análisis costo-beneficio y el psicodrama sirvieron para afianzar el proceso de intervención.

Finalmente y luego de poner en marcha la intervención se decide aplicar un formato de registro subjetivo dirigido al paciente con el propósito de evaluar su percepción en relación con el consumo de sustancias en tres momentos, el primero de ellos fue cuando se inició el proceso, después se decide aplicar en una fase intermedia y finalmente se reaplicó cuando se realizó el proceso de cierre; de igual manera este formato de registro es de carácter subjetivo y se empleó con el fin de revisar los avances dentro del programa de intervención de cada uno de los pacientes.

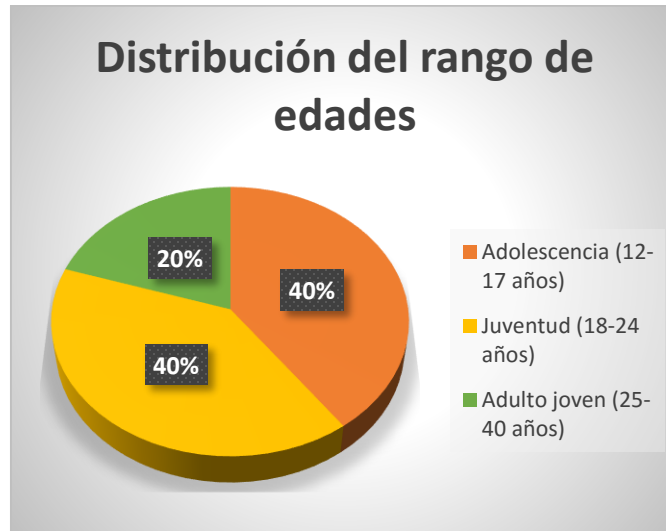
RESULTADOS

En este apartado se expondrán los resultados obtenidos a través del proceso de evaluación e intervención realizado a 10 pacientes de la Fundación La Piloto con el fin de fortalecer el cambio de conducta frente al consumo de SPA y la prevención de recaídas. En primer lugar se puede observar en la Gráfica 1 la distribución correspondiente a la cantidad de pacientes involuntarios y voluntarios que desarrollaron el proceso de intervención individual, en donde se puede apreciar que el 60% de la población correspondía a pacientes que habían ingresado a realizar el programa de rehabilitación de manera involuntaria.



Gráfica 1. Distribución de pacientes voluntarios e involuntarios

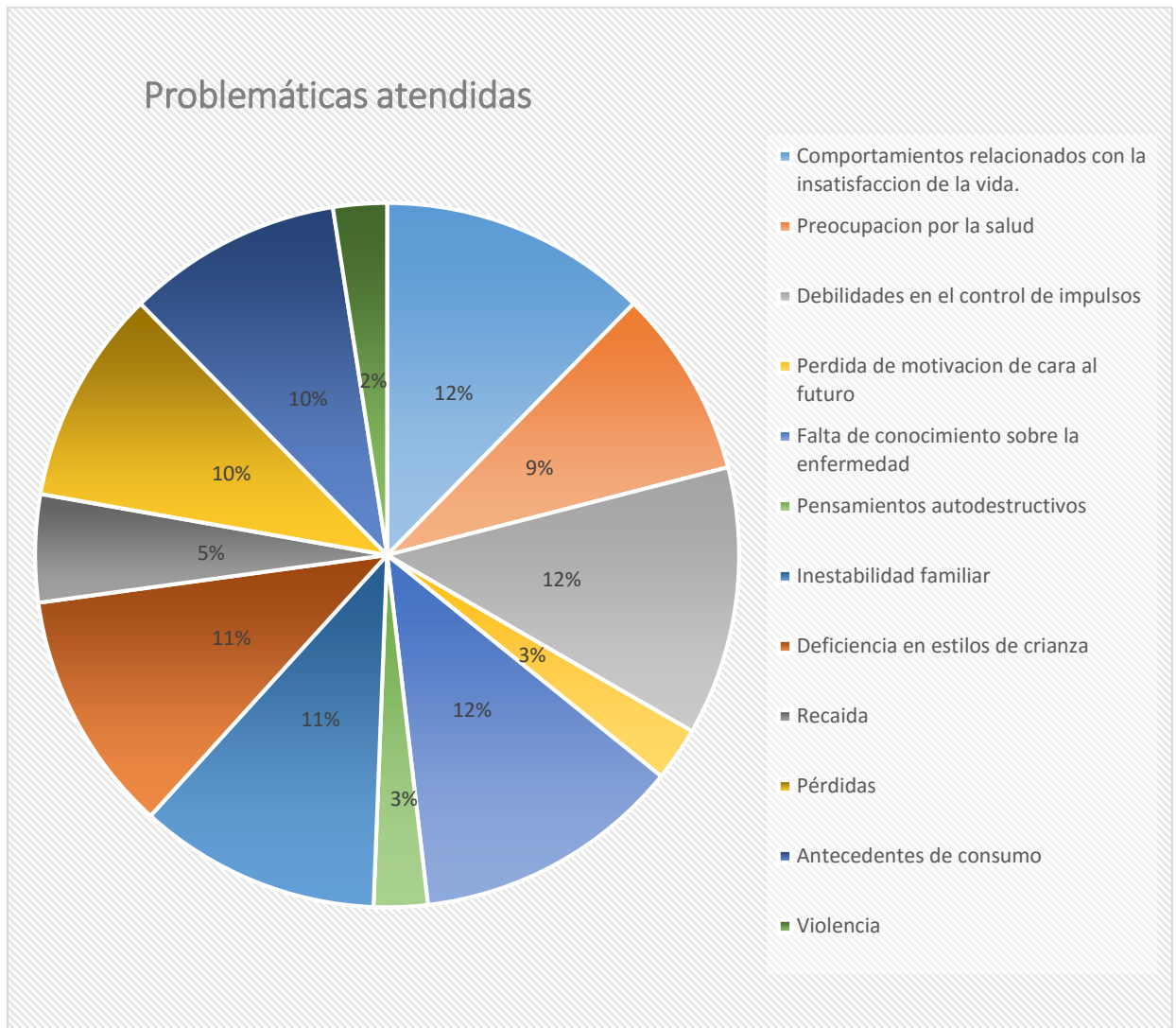
Del mismo modo en la Gráfica 2 se encuentran distribuidas el rango de edades según Mansilla (2000) y cuyos resultados obtenidos son los siguientes: el primer 40% de la población pertenencia a la etapa de la adolescencia (12-17 años de edad), el segundo correspondía a la juventud (18-24 años de edad) y finalmente el 20% restante hacia parte de la etapa adulto joven (25-40 años de edad).



Grafica 2. Distribución de pacientes en relación con el rango de edades.

Por otro lado en la *Grafica 3* se pueden apreciar las problemáticas atendidas, en donde el 12% de la población presenta dificultades en el control de sus impulsos, desconocimientos sobre su enfermedad y comportamientos relacionados sobre la insatisfacción de la vida, por otro lado el 11% de las problemáticas atendidas cumplieron los criterios relacionados con la deficiencia en estilos de crianza y la inestabilidad familiar; asimismo la categoría *perdida* (ruptura sentimental y fallecimiento de un ser querido) y antecedentes de consumo equivalen al 10% de la muestra obtenida.

De igual manera el 9% corresponde a la preocupación de la salud, seguido con un 5% sobre aspectos relacionados con la recaída finalmente, se encuentra con un 3% la pérdida de motivación de cara al futuro y pensamientos autodestructivos. Por último el 2% restante equivale a violencia (violencia intrafamiliar).



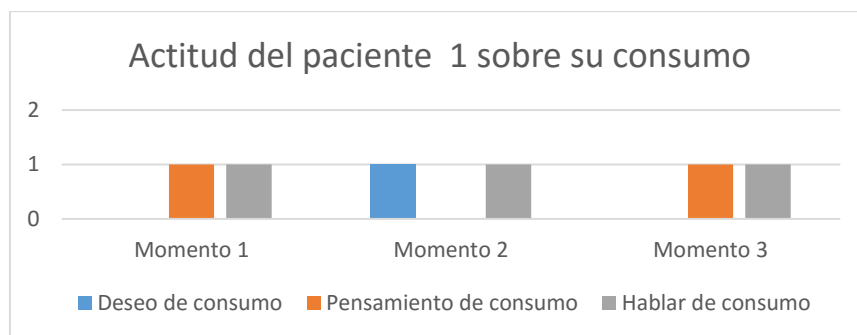
Grafica 3. Problemáticas atendidas

A continuación se mencionaran los resultados obtenidos dentro de la intervención psicológica individual por cada paciente teniendo en cuenta el formato de registro de avance

Paciente 1:

En la Gráfica 4 se puede apreciar la actitud del paciente con relación al consumo evidenciado en el Formato de Registro de avance desarrollado en sus tres momentos, el dato más alto fue 1, afirmando que en la primera evaluación el paciente *casi nunca* pensaba ni hablaba en consumo de SPA, en una segunda instancia el dato que se modificó fue el *deseo*

de consumo acotando una puntuación de 1, terminando de esta manera la intervención con el mismo resultado de la fase inicial, sin generar ningún deseo por el consumo de SPA, de igual manera el dato que prevaleció a través del tiempo fue el de *hablar* de consumo.



Gráfica 4. Distribución de la Actitud del paciente 1 sobre su consumo

Por otro lado en la Tabla 2 se identifican los resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 1, arrojando una puntuación total de 10 en las escalas depresión baja-energía, culpabilidad-resentimiento y esquizofrenia, lo cual significa que el paciente estaba preocupado, sin energía para actuar y con sentimientos de intranquilidad, asimismo se acusa de sus errores y presenta sentimientos de culpabilidad, por otro lado también presenta impulsos repentinos o incontrolados, con los cuales se aleja de la realidad.

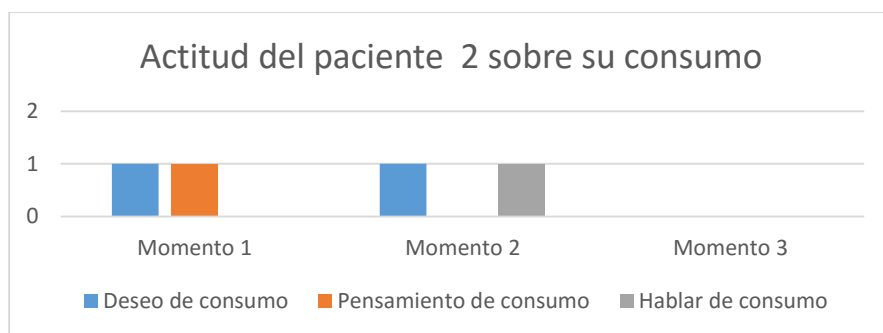
Tabla 2
Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 1

Escala	PD	T	Nivel de Categoría
Hipocondría	7	9	Medio alto
Depresión suicida	9	9	Medio alto
Agitación	14	8	Medio alto
Depresión ansiosa	11	8	Medio alto
Depresión baja-energía	17	10	Alto
Culpabilidad-resentimiento	18	10	Alto
Apatía-retirada	7	8	Medio alto
Paranoia	7	7	Medio
Desviación psicopática	13	4	Medio
Esquizofrenia	16	10	Alto

Psicastenia	7	3	Medio bajo
Desajuste psicológico	12	9	Medio alto
PD Global	138	95	

Paciente 2:

En la Gráfica 5 el Paciente argumentó durante la intervención que casi nunca deseó, pensó y habló del consumo de SPA, sólo en la fase final o de cierre se logra vislumbrar la disminución total de las actitudes.



Gráfica 5. Distribución de la Actitud del paciente 2 sobre su consumo

De igual manera en la Tabla 3 se pueden apreciar los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 2, los cuales arrojaron una puntuación total de 1 en la escala de desviación psicopática, argumentado que el paciente es sensato y evita implicarse en algo ilegal o romper las normas.

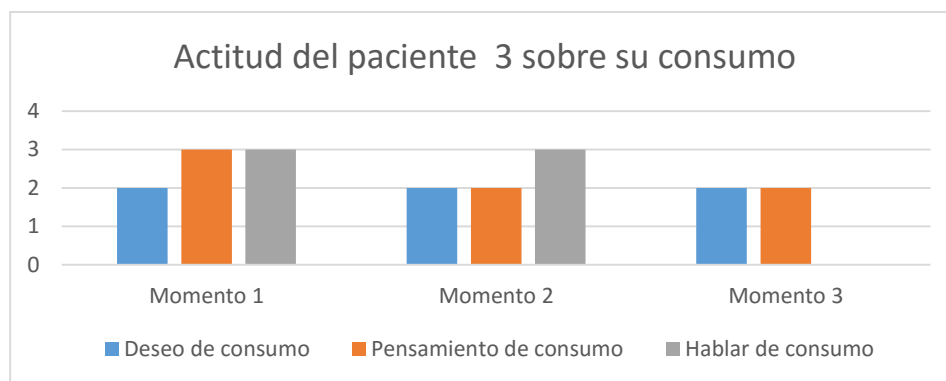
Tabla 3
Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 2

Escala	PD	T	Nivel de Categoría
Hipocondría	7	9	Medio alto
Depresión suicida	8	9	Medio alto
Agitación	7	3	Medio bajo
Depresión ansiosa	9	7	Medio
Depresión baja-energía	13	9	Medio alto
Culpabilidad-resentimiento	9	6	Medio

Apatía-retirada	5	7	Medio
Paranoia	12	9	Medio alto
Desviación psicopática	7	1	Bajo
Esquizofrenia	9	9	Medio alto
Psicastenia	9	4	Medio
Desajuste psicológico	7	7	Medio
PD Global	102	80	

Paciente 3:

A continuación se puede observar que el paciente inicia, se mantiene y finaliza con una puntuación de 2 en relación al deseo de consumo. A su vez el pensamiento en relación con el consumo inicia teniendo una puntuación de 3 y disminuye en el momento 2 de evaluación hasta finalizar con una puntuación de 2 conservándose hasta el cierre de la intervención. La categoría *Hablar de consumo* inició con una puntuación de 3 perdurando hasta el momento 2 de la evaluación y finalizando con un puntaje de 0 lo que equivale o quiere decir que nunca hablo de consumo (ver grafica 6).



Gráfica 6. Distribución de la Actitud del paciente 3 sobre su consumo

En este orden en la aplicación del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) los resultados obtenidos por el paciente 3 se ven reflejados en la Tabla 4, en donde se destaca que el paciente obtuvo una puntuación total de 10 en las escalas Hipocondría, Depresión suicida, Depresión

ansiosa, Depresión baja-energía, Culpabilidad-resentimiento, Apatía-retirada, Paranoia y Desajuste psicológico, argumentado que frecuentemente está preocupado por la salud, por los desarreglos y las funciones corporales, además presenta una tendencia a estar insatisfecho de la vida y acogiendo pensamientos autodestructivos. Del mismo modo se torna tenso, perturbable y con sueños molestos, asimismo se muestra preocupado, sin energía para actuar y con sentimientos de intranquilidad, con tendencia a la autocrítica y con acusaciones constantes por sus errores, además de experimentar sentimientos de culpabilidad. Por otro lado evita contactos interpersonales, lo cual hace pensar que no se halla confortable con los demás, es tímido y cree que le persiguen la mayor parte del tiempo.

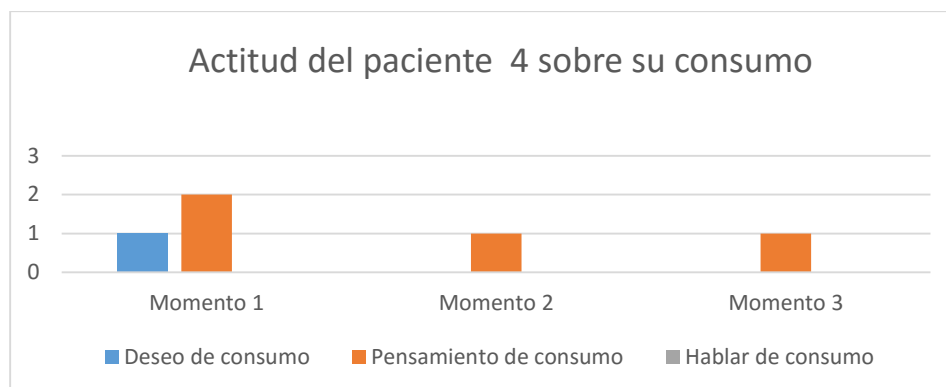
Tabla 4
Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 3

Escala	PD	T	Nivel de Categoría
Hipocondría	10	10	Alto
Depresión suicida	14	10	Alto
Agitación	11	6	Medio
Depresión ansiosa	14	10	Alto
Depresión baja-energía	14	10	Alto
Culpabilidad-resentimiento	16	10	Alto
Apatía-retirada	16	10	Alto
Paranoia	17	10	Alto
Desviación psicopática	13	4	Medio
Esquizofrenia	11	9	Medio alto
Psicastenia	13	7	Medio
Desajuste psicológico	13	10	Alto
PD Global	162	104	

Paciente 4:

Por otro lado en la gráfica 7 el paciente refleja que casi nunca deseó consumir, asimismo disminuyó su deseo para la segunda evaluación y perduro hasta el cierre de la intervención. De la misma manera la categoría *pensamiento* tuvo presencia en las tres fases

arrojando como resultado en el primer momento una puntuación de 2 y para los momentos dos y tres se mantuvo estable con una puntuación de 1 como lo muestra la gráfica el paciente nunca tuvo intención de hablar de consumo.



Gráfica 7. Distribución de la Actitud del paciente 4 sobre su consumo

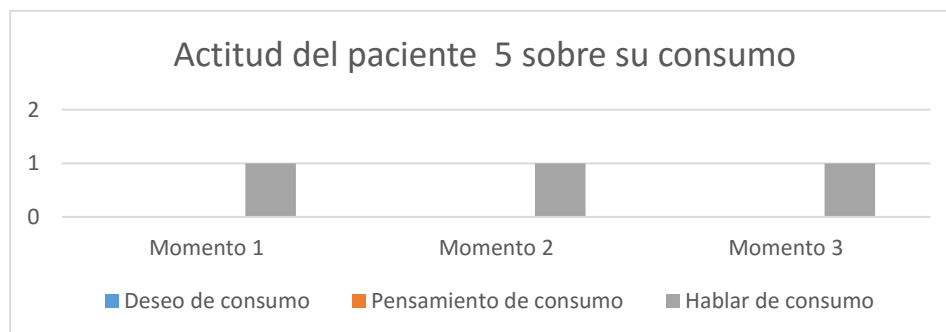
A continuación en la Tabla 5 se podrán apreciar los resultados obtenidos de la aplicación del CAQ por el paciente 4, cuya puntuación total en la escala de paranoia fue de 10, lo cual refiere que el paciente cree que se le persigue, espía, controla o maltrata.

Tabla 5
Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 4

Escala	PD	T	Nivel de Categoría
Hipocondría	3	7	Medio
Depresión suicida	8	9	Medio alto
Agitación	12	7	Medio
Depresión ansiosa	5	5	Medio
Depresión baja-energía	10	9	Medio alto
Culpabilidad-resentimiento	9	6	Medio
Apatía-retirada	7	8	Medio alto
Paranoia	13	10	Alto
Desviación psicopática	11	4	Medio
Esquizofrenia	12	10	Alto
Psicastenia	10	4	Medio
Desajuste psicológico	11	9	Medio alto
PD Global	111	88	

Paciente 5:

El Paciente no reflejó deseos ni pensamientos de consumo a lo largo de todo el proceso de intervención. Por su parte la categoría *hablar* de consumo se mantuvo estable con una puntuación de 1 en todos los momentos del proceso de intervención (ver gráfica 8).



Gráfica 8. Distribución de la Actitud del paciente 5 sobre su consumo

Según lo refiere la Tabla 6, en la paciente 5 arrojó una puntuación total de 10 en las escalas de paranoia y esquizofrenia, lo cual afirma que el paciente cree que le persigue, espía, controla o maltrata, además de ello presenta impulsos repentinos o incontrolados, con los que pretenden alejarse de la realidad.

Tabla 6

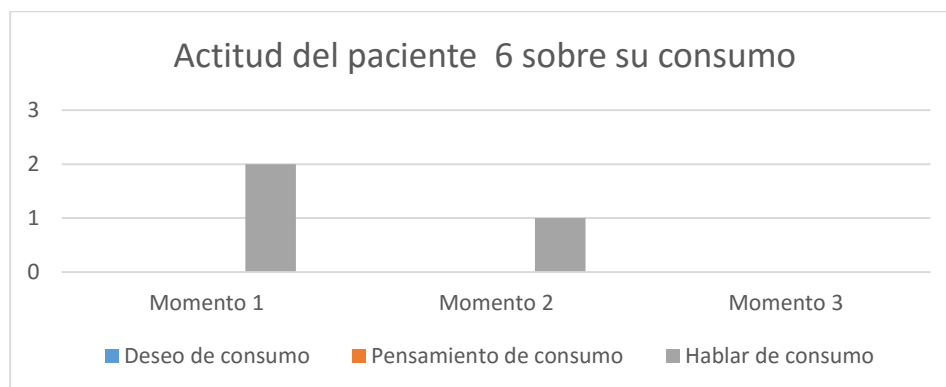
Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 5

Escala	PD	T	Nivel de Categoría
Hipocondría	6	9	Medio alto
Depresión suicida	9	9	Medio alto
Agitación	15	8	Medio alto
Depresión ansiosa	8	7	Medio
Depresión baja-energía	5	6	Medio
Culpabilidad-resentimiento	11	7	Medio
Apatía-retirada	6	7	Medio
Paranoia	15	10	Alto
Desviación psicopática	10	3	Medio bajo
Esquizofrenia	16	10	Alto

Psicastenia	13	7	Medio alto
Desajuste psicológico	6	7	Medio alto
PD Global	120	90	

Paciente 6:

En la gráfica 9 el siguiente paciente no presentó deseos ni pensamiento de consumo en toda la intervención, por su parte el hecho de *hablar* de consumo se mantuvo durante las dos primeras evaluaciones con un puntaje de 2 y 1 respectivamente. Para el momento 3 el resultado obtenido fue 0 lo que equivale que al cierre del proceso no hablo de consumo.



Gráfica 9. Distribución de la Actitud del paciente 6 sobre su consumo

En la Tabla 7 se pueden ver los resultados obtenidos por el paciente en la aplicación del CAQ, arrojando una puntuación total de 10 en la escala desajuste psicológico, lo que significa que el paciente es tímido, que pierde su aplomo con pensamientos de interioridad.

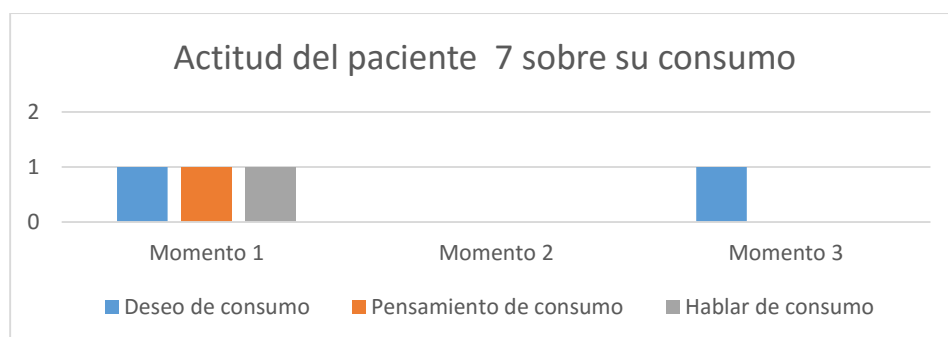
Tabla 7
Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 6

Escala	PD	T	Nivel de Categoría
Hipocondría	1	5	Medio
Depresión suicida	4	8	Medio alto
Agitación	7	3	Medio bajo
Depresión ansiosa	7	6	Medio

Depresión baja-energía	10	9	Medio alto
Culpabilidad-resentimiento	7	5	Medio
Apatía-retirada	5	7	Medio
Paranoia	8	7	Medio
Desviación psicopática	9	2	Medio bajo
Esquizofrenia	5	7	Medio
Psicastenia	14	7	Medio
Desajuste psicológico	9	8	Alto
PD Global	86	74	

Paciente 7:

En la gráfica 10 se puede observar que el paciente en el primer momento registra una puntuación de 1 en la categoría deseo, pensamiento y hablar de consumo. Posteriormente los resultados obtenidos nos muestran que en la fase dos de evaluación la puntuación para las tres categorías es de 0; en la fase tres el deseo de consumo aumentó a 1 lo cual significa que este casi nunca deseó consumir.



Gráfica 10. Distribución de la Actitud del paciente 7 sobre su consumo

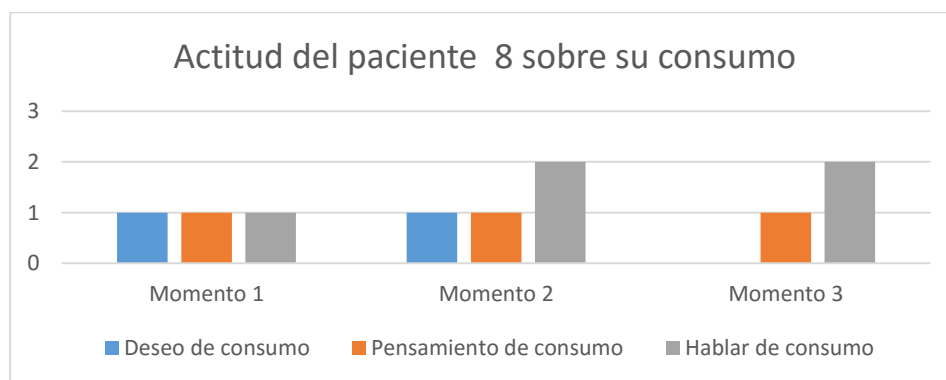
En la Tabla 8 se puede observar que el paciente obtuvo una puntuación total de 10 en las escalas de hipocondría y esquizofrenia del CAQ, arrojando que éste se tornaba preocupado por la salud, los desarreglos y las funciones corporales, por otro lado presenta impulsos repentinos o incontrolados con los cuales pretende alejarse de la realidad.

Tabla 8
Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 7

Escala	PD	T	Nivel de Categoría
Hipocondría	9	10	Alto
Depresión suicida	7	9	Medio alto
Agitación	12	7	Medio
Depresión ansiosa	11	8	Medio alto
Depresión baja-energía	11	9	Medio alto
Culpabilidad-resentimiento	6	4	Medio
Apatía-retirada	4	6	Medio
Paranoia	10	8	Medio alto
Desviación psicopática	11	4	Medio
Esquizofrenia	12	10	Alto
Psicastenia	14	7	Medio
Desajuste psicológico	3	4	Medio
PD Global	109	86	

Paciente 8:

El paciente en el primer momento obtiene una puntuación de 1 para las tres categorías, en segundo esta puntuación se mantiene para las categorías pensamiento y deseo de consumo para el momento dos, *hablar* de consumo presenta una puntuación de 2 para este momento, en la fase final de evaluación se puede observar que el pensamiento y hablar de consumo presentan la misma puntuación de la evaluación 2 (ver gráfica 11). Sin embargo indicó que el deseo del consumo disminuyó al finalizar el proceso.



Gráfica 11. Distribución de la Actitud del paciente 8 sobre su consumo

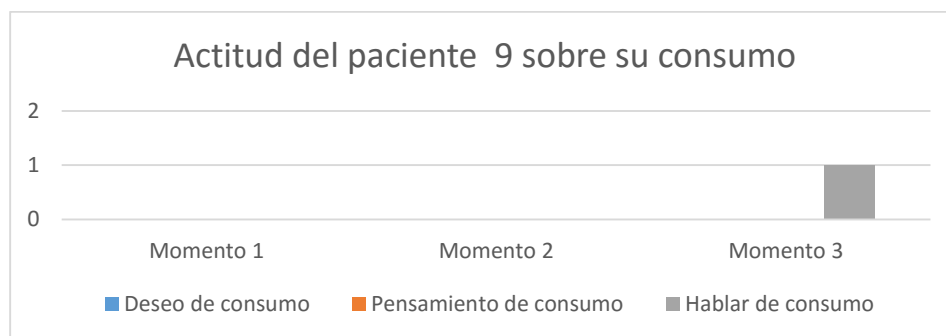
Por otro lado en la Tabla 9 se pueden apreciar los resultados de la aplicación del CAQ, dentro del cual se destaca una puntuación total de 10 para la categoría de Desajuste psicológico, esto quiere decir que el paciente es tímido y que pierde su aplomo con pensamientos de interioridad.

Tabla 9
Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 8

Escala	PD	T	Nivel de Categoría
Hipocondría	2	6	Medio
Depresión suicida	2	6	Medio
Agitación	14	8	Medio alto
Depresión ansiosa	7	6	Medio
Depresión baja-energía	9	8	Medio alto
Culpabilidad-resentimiento	5	4	Medio
Apatía-retirada	4	6	Medio
Paranoia	8	7	Medio
Desviación psicopática	14	5	Medio
Esquizofrenia	9	9	Medio alto
Psicastenia	12	6	Medio
Desajuste psicológico	2	4	Alto
PD Global	88	75	

Paciente 9:

En la gráfica 12 se puede observar que el paciente no presentó deseos, ni pensamiento de consumo durante toda la intervención. Por otro lado la categoría hablar del consumo apareció en la fase de cierre del proceso con una puntuación de 1 lo cual indica que casi nunca hablo de consumo.



Gráfica 12. Distribución de la Actitud del paciente 9 sobre su consumo

Asimismo dentro de los resultados obtenidos de la aplicación del CAQ por el paciente se pueden destacar los siguientes resultados representados en la Tabla 10. El paciente obtuvo una puntuación total de 10 en la escala de Hipocondría, lo cual significa que el paciente está preocupado por su salud, los desarreglos y las funciones corporales.

Tabla 10

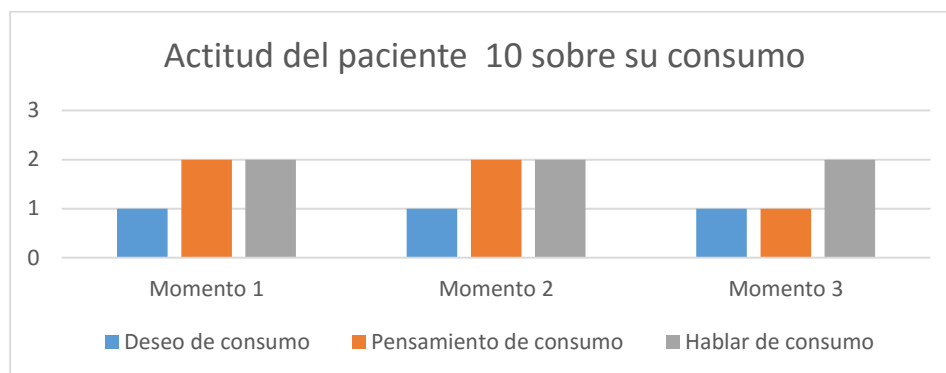
Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 9

Escala	PD	T	Nivel de Categoría
Hipocondría	8	10	Alto
Depresión suicida	7	9	Medio alto
Agitación	13	7	Medio
Depresión ansiosa	8	7	Medio
Depresión baja-energía	9	8	Medio alto
Culpabilidad-resentimiento	10	7	Medio
Apatía-retirada	5	7	Medio
Paranoia	8	7	Medio
Desviación psicopática	13	4	Medio bajo
Esquizofrenia	7	8	Medio alto
Psicastenia	9	4	Medio bajo
Desajuste psicológico	7	7	Medio alto
PD Global	104	85	

Paciente 10:

En la gráfica 13, el paciente mantuvo los mismos resultados durante el primer y el segundo proceso de evaluación. En la fase de cierre el paciente obtuvo una disminución en la puntuación del deseo y el pensamiento, la cual fue de 1 indicando así que casi nunca deseo

ni pensó en consumo. Por su parte la categoría *hablar* del consumo se mantuvo con una puntuación de 2 durante todo el proceso, lo cual significa que hablar de consumo se presentó *ocasionalmente*.



Gráfica 13. Distribución de la Actitud del paciente 10 sobre su consumo

Por otro lado en la Tabla 11 se pueden apreciar los resultados obtenidos de la aplicación de del CAQ, destacando que el paciente obtuvo una puntuación total de 10 en las escalas de Hipocondría, Depresión suicida y Esquizofrenia, lo cual significa que el paciente está preocupado por su salud, los desarreglos y las funciones corporales, además de estar insatisfecho con la vida, acogiendo pensamientos autodestructivos y presentando impulsos repentinos o incontrolados con los cuales se aleja de la realidad.

Tabla 11
Resultados de la aplicación de la prueba CAQ en el Paciente 10

Escala	PD	T	Nivel de Categoría
Hipocondría	12	10	Alto
Depresión suicida	14	10	Alto
Agitación	12	7	Medio
Depresión ansiosa	12	9	Medio alto
Depresión baja-energía	13	9	Medio alto
Culpabilidad-resentimiento	12	8	Medio alto
Apatía-retirada	6	7	Medio
Paranoia	12	9	Medio alto
Desviación psicopática	12	4	Medio

Esquizofrenia	12	10	Alto
Psicastenia	12	6	Medio
Desajuste psicológico	11	9	Medio alto
PD Global	140	98	

DISCUSION

Este proyecto desde la modalidad de psicólogo pasante en la Fundación Terapéutica la Piloto brindó un espacio para comprender de mejor manera la problemática de la farmacodependencia, específicamente desde la mirada de intervención individual y al aporte práctico sobre herramientas terapéuticas cognitivo conductuales.

El tratamiento de los trastornos adictivos requiere de un abordaje multidisciplinar, en donde las intervenciones psicoterapéuticas desempeñan un importante papel, destacándose en este campo la terapia cognitiva conductual (TCC), en la cual se reconoce y se fundamenta la intervención con la convicción de que existe una relación recíproca entre los procesos cognitivos, afectivos y conductuales.

Desde esta perspectiva se aplicó el programa de intervención psicológica adelantado por la fundación Terapéutica la Piloto (FTLP), en él participaron diez jóvenes adictos a sustancias psicoactivas, en los cuales se identificaron como principales problemáticas: insatisfacción con la vida, antecedentes de consumo, falta de conocimiento de la enfermedad, deficiencias en los estilos de crianza, inestabilidad familiar y en menor proporción pensamientos autodestructivos, y por consiguiente fueron abordados desde el modelo cognitivo conductual, en el cual se consideró que la adicción es una conducta aprendida que puede ser modificada con ayuda terapéutica (Secades & Fernández, 2001).

La terapia cognitiva conductual fue desarrollada como método para prevenir recaídas en personas con adicciones y se parte del supuesto de que las estrategias cognitiva conductuales pueden ser muy útiles cuando se trata de erradicar conductas y comportamientos inadaptados (Gavino, 1997).

En el mismo sentido la aplicación de técnicas cognitivo conductuales como el entrenamiento en relajación, la meditación de amplia conciencia, la respiración profunda, el

control respiratorio, la reestructuración cognitiva, la terapia de resolución de problemas, las habilidades para perdonar, los autoregistros, las preguntas reflexivas, el análisis costo-beneficio y el psicodrama sirvieron para modificar el pensamiento favoreciendo el cambio afectivo, lo cual tuvo efectos en los mismos pensamientos pero también en el comportamiento como lo refiere Rivadeneira, Minici & Dahab (2004).

En este orden de ideas los pacientes durante la intervención psicológica que se realiza en la fundación La Piloto aprenden a identificar y corregir problemas de drogadicción; a explorar las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de las SPA, a ejercer el autocontrol para reconocer la compulsión al consumo de drogas y a la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo.

Dentro de los distintos instrumentos de evaluación utilizados en la investigación tuvieron especial importancia el Protocolo de Entrevista Individual, el Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) y el Formato de registro de avance del paciente mediante el cual se evaluaron los avances del proceso en el abandono de la adicción a partir de 3 categorías: Deseo de consumo, pensamiento de consumo y hablar del consumo, los cuales fueron evaluados en una escala de cero a cuatro (0: nunca; 1: Casi nunca; 2: ocasionalmente; 3: Casi siempre; 4: Siempre); en tres momentos de evaluación: Inicio, fase media o intermedia y cierre, la importancia de esto es que permite al terapeuta conocer el significado que el paciente da a su experiencia de recuperación, estos significados son agrupados y generalizados como patrones cognitivos, los cuales serán básicos para contrastar los resultados de la intervención (Becoña et al., 2008).

Los resultados reportados por los 10 jóvenes participantes en la investigación, muestran que en el inicio del tratamiento el deseo de consumo y el pensamiento de consumo fueron más recurrentes que el hablar de consumo, representando estos mayores riesgos de

recaída. En un momento intermedio, lo que más predomina en los sujetos es hablar del consumo y el pensar, y el desear consumir ya aparece como algo disminuido y no como lo principal; en el momento final o de cierre del proceso de intervención cognitiva conductual lo que más predomina es el hablar sobre la experiencia de consumo sin embargo no en un rango significativo, lo cual refleja la eficacia que ha tenido la terapia cognitiva conductual para dejar la adicción y evitar posibles recaídas, tal como lo reporta también estudios realizados por Pedrero (2008). De igual manera cabe destacar que si el paciente hubiese puntuado dentro de la categoría hablar de consumo no está directamente relacionado con el deseo sino incluso de una intención de abandono reforzando más los resultados positivos.

Finalmente los resultados obtenidos a lo largo de esta intervención sólo pueden ser dicientes a corto plazo ya que si se pretende generar una revisión de estos se deberá realizar dentro un seguimiento ambulatorio de recaídas a largo plazo.

CONCLUSIÓN

La intervención individual debe enfocarse como un encuentro donde los profesionales de la salud puedan entender que detrás de cada ser humano existe un sin número de necesidades expuestas que necesitan ser atendidas, por tal motivo el rol del psicólogo está encaminado a orientar y escuchar atentamente la historia del otro sin detenerse a enjuiciar o tomarse un tiempo para revisar si es “drogadicto” o no; más bien su trabajo será el de comprender el comportamiento develado en la actualidad, el cual ha sido moldeado por experiencias vividas en su infancia, adolescencia o la misma adultez y que se han visto replicadas en los diferentes contextos de interacción, como son la familia, la sociedad y la misma persona, dejando entre ver que el comportamiento posiblemente se ve influenciado por dichas situaciones ante la instauración de creencias disfuncionales sobre el mundo, si mismo y los otros tal como lo refiere Olivencia y Cangas (2004).

En el mismo sentido la utilización de herramientas cognitivas conductuales como el entrenamiento en técnicas de relajación, la meditación concientización, la relajación muscular, la respiración profunda, así también la terapia de resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, las preguntas reflexivas y el entrenamiento en habilidades sociales, contribuyeron a mejorar la calidad de vida de aquellas personas, ya que son estas las que presentan mayor sustento de cambio y de permanencia de conductas funcionales adquiridas tal y como lo mencionan Mack, Franklin y Francés (2003).

Del mismo modo en que se fortalecen los aspectos teóricos dentro de la intervención por parte del profesional, también se deben tener en cuenta los personales, esto nos dice que el profesional en psicología que quiera trabajar con esta población deberá desarrollar capacidades especiales como la disposición, el compromiso, la flexibilidad, el sacrificio y la

capacidad de agudizar su oído, a pesar de que el camino no es favorable tal como lo menciona Mack, Franklin y Francés (2003).

Por otro lado existe un mecanismo con el cual reducir considerablemente las conductas de riesgo, tal es el caso de la flexibilidad, cuya función es salir de la rutina, rompiendo los parámetros de especificidad con relación a cualquier técnica de intervención desde el enfoque cognitivo conductual pero sin perder de vista su esencia, por medio de las conductas enfocadas al establecimiento del buen humor, la risa, las actitudes optimistas y los estilos de vida saludable como lo refiere Oblitas (2008)

Para concluir considero pertinente mencionar que cualquier modelo de intervención, técnica, herramienta o estrategia que se utilice dentro de cualquier proceso interventivo en función de la promoción y prevención de la integridad física, psicológica y emocional de las personas, serán contribuyentes directos para generar procesos de cambio en la persona, por ello nosotros como profesionales de la salud debemos entregar todas y cada una de nuestras herramientas, capacidades y destrezas para llevar a cabo el cumplimiento de este objetivo.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Continuar generando espacios de intervención individual ya que por medio de este trabajo se identificó que llevando a cabo un seguimiento del paciente se logra disminuir la problemática del mismo.

Para la Fundación Terapéutica La Piloto, sería importante intervenir con mayor frecuencia a las familias en el proceso con los internos que se encuentran en tratamiento de rehabilitación para afianzar los vínculos familiares y controlar la influencia del contexto y los problemas relacionales frente al consumo.

La FTLP podría generar mayores convenios educativos con el fin de contar con más profesionales de la salud en el equipo de trabajo, ya que en la actualidad es difícil dar un abordaje amplio y constante a las problemáticas específicas de cada paciente.

Se recomienda que al finalizar cualquier proceso de rehabilitación y darle de alta a cualquier paciente es pertinente continuar un proceso ambulatorio el cual tiene como propósito el control y seguimiento.

Incentivar a todos los funcionarios de la fundación por medio de talleres psicoeducativos al aprendizaje de aspectos referentes a la problemática experimentada, con el fin de brindar herramientas claves para el manejo de esta población.

Facilitar espacios orientados al aprovechamiento de los estilos de vida saludable, ya bien sea la práctica de un deporte, el ingreso a una rutina de ejercicios diaria, clases grupales de danza y espacios para la implementación de seminarios donde se puedan realizar manualidades, ya que el deporte y las actividades culturales son actividades organizadas, basadas en normas y reglamentos que brindan a quien los ejecuta innumerables beneficios (Vega, Romero, Botero & Peláez, 1984, p. 96).

Uno de los resultados obtenidos de la fase de evaluación fue la deficiencia en estilos de crianza, por tal motivo es recomendable iniciar un proceso de orientación familiar con el propósito de que la red de apoyo (padres y familiares) reconozca los estilos de crianza pertinentes a la hora de interactuar con su familiar en situación de adicción, evitando en las interacciones con ellos conductas de riesgo que puedan llegar a evocar comportamientos de consumo.

REFERENCIAS

- Albarracín, Á. (2012). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) en una muestra de jóvenes de Bucaramanga. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(2), pp. 35-43.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Bermejo, M., Secades, R. & Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Irauirgui, I., & Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- Camacho, I. (2008). Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 5(1), 41 – 56
- Dolácio, R. (2009). *El drogadicto y la familia*. Bogotá, Colombia: San Pablo.
- Escallon, A. y Pérez, A. (1998). *¿A qué se llama "drogadicción"?*. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional.
- Gavino, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Guzmán, F. & Arias, C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista Colombiana de Cirugía*, 27, 15-24.

- Hernández, D. (2015). *Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia: Foro Nacional de Drogas*. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/dialogo_nacional/docs/consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-delia-hernandez.pdf
- Hernández, G. & Sánchez, M. (2015). Diseño y evaluación de una lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia. *Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic)*. Bogotá, Colombia.
- Lefio, L., Villarroel, S., Rebolledo, C., Zamorano, P., Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panam Salud Publica*. 34(4), 257–66.
- Mack, A., Franklin, Jr. y Frances, R. (2003). Cuestiones en desarrollo en el campo de la adicción. *Guía-Tratamiento del alcoholismo y las adicciones*. (p. 35-51). Barcelona, España: MASSON, S.A.
- Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), pp. 105-116.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso- Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, 20, 165-193.
- Medina, N. & Carvalho, M. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 18(Spec), 504-512.

Ministerio de la Protección Social. (2006). Ley número 1090 de 2006 (Septiembre 06) por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes. (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia, Informe final. Recuperado el 20 de Enero de 2016 de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia de bienestar y la felicidad. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 16(1), 9-38.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014). Informe Mundial sobre las Drogas. Recuperado el 20 de Enero de 2016 de https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf

Olivencia, J. & Cangas, A. (2004). *Las adicciones en adolescentes: claves para prevenirlas y afrontarlas, una guía para padres*. Bogotá, Colombia: Panamericana Editorial.

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra: Suiza.

Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Berrejo, M., Seades, R. y Gradolí, V. (2008). Terapias cognitivo-conductuales. *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. (p. 41-67). Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.

Pierce, V. (2003). *Adicción. Prevención-Rehabilitación-Crecimiento personal*.

- Ramos, L. (2015). "Bucaramanga, juntos sin drogas". Recuperado el 20 de noviembre de 2016 de <http://www.bucaramanga.gov.co/documents/dependencias/PlanMunicipaldedrogas2015.pdf>
- Rivadeneira, C., Minici, A. & Dahab, J. (2004). Emociones y pensamientos ¿qué esta primero?. *Revista de terapia cognitivo conductual*, (7), 1-5.
- Rodríguez, A. (1995). La aventura de las drogas. *¿Qué son las drogas?* (p. 9-21). Santa Fe de Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Salazar, G. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, (57), 12-17.
- Sánchez- Hervás, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. *Papeles del Psicólogo* (87)
- Sánchez- Hervás, E. & Gradoli, T. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Elsevier* 3(1)
- Sánchez- Hervás, E., Gradoli, T. & Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Elsevier* 6(3)
- Sánchez, C., Ochoa, E., Bravo, R., Cueto, E., López, C., Sierra, L., Valiente, S., Carballo, J., Herrero, M., López, J., Pérez, M., Mendizábal, L., Milagro, M., Pacheco, B., Rabadán, J., Barrio, M. y Delgado, L. (2012). Referencias Teóricas. En Sánchez, C y Ochoa, E. (Ed.), *Menores vulnerables y consumo de sustancias: detección e intervención*. (pp. 19-65). La Rioja, España: Consejería de Salud y Servicios Sociales.

- Secades, R. & Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*. 13(3), 365-380
- Vega, A., Romero, F., Botero, J. & Peláez, A. (1984). *Farmacodependencia. Un problema, una respuesta*. Bogotá: CONACED.
- Verdugo, B., De las Heras, M., Rodríguez, P., Gil, J., De la cuesta, S., Maganto, E., Mosteiro, C., Orozco, B., Redondo, C y Soler, P. (2012). *Protocolo de intervención psicológica*. Madrid, España: Madrid Salud.
- Villareal, N., Salvador, G., González, F., Calume, J. & Gutiérrez, G. (2006). *Modelo sobre prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas*. Colombia: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.

Anexo 1.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía N° _____ de _____, en calidad de representante legal de _____, identificado con documento de identidad (CC_, TI_, CE_ o Pasaporte_) N° _____ de _____. Manifiesto que conozco que el servicio de psicología que ofrece la Fundación la Piloto se desarrolla a través del **Psicólogo Pasante** de la Universidad Pontificia Bolivariana bajo la supervisión directa de la Docente, quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso y quien en los casos que se considere pertinente acompañará las sesiones.

- Acepto que la información que aporte a través de la entrevista psicológica podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.
- Reconozco que tengo derecho a solicitar un resumen de la historia clínica así como los resultados de las pruebas aplicadas.
- Acepto que en los casos que obligue la ley la información de la historia clínica puede ser presentada a las autoridades pertinentes.
- Tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.
- Autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del **Psicólogo pasante** las explicaciones sobre la intervención y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consciente y voluntaria, manifiesto que he decidido autorizar la intervención de _____ de quien soy el representante legal o tutor, dada su imposibilidad de firmar este documento con completa autonomía por tratarse de un paciente institucionalizado y/o un menor de edad.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día _____.
En presencia del **Psicólogo pasante** _____.

Tutor y/o Representante Legal
C.C. _____

Psicólogo en Práctica
C.C. _____

Psicólogo Asesor
T.P. _____

Anexo 2.



Asentimiento Informado

Mi nombre es _____ y actualmente me encuentro realizando un programa de rehabilitación en adicciones y alteraciones del comportamiento en la Fundación Terapéutica La Piloto.

Soy consciente de los siguientes acuerdos terapéuticos:

- De mi participación voluntaria en la intervención por medio del psicólogo pasante **Luis Alejandro Caballero Moreno** en acompañamiento de la psicóloga **Claudia Susana Silva Fernández** quien desempeña un rol de supervisora.
- Que a pesar de mi condición de menor de edad decido ser participe en este proceso terapéutico cuya duración solo será determinada por el psicólogo encargado.
- De mi posibilidad de abandonar el proceso terapéutico en el momento que no desee continuarlo.
- De la confidencialidad de la información obtenida la cual solo podrá ser de conocimiento por parte de la comunidad terapéutica.

Si acepta participar por favor ponga un (✓) en el cuadro de abajo que dice "Sí quiero participar" y escriba su nombre.

Si no quiere participar, no ponga ninguna (✓), ni escriba su nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

_____ Firma: _____

Nombre y firma del tutor:

_____ Firma: _____

Fecha: _____ de _____ del ____.



PROTOCOLO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

FUNDACIÓN TERAPÉUTICA LA PILOTO-FTLP.

El presente instrumento intenta recopilar la mayor cantidad de información desde la opinión personal del consultante, con el fin de identificar datos relevantes que ayuden en la exploración inicial del mismo.

JUSTIFICACIÓN

El Protocolo de Entrevista Individual es una herramienta que permite direccionar de manera ordenada y puntual una intervención individual, logrando que proceso de recolección de datos sea rápido, asertivo y eficaz, con el fin de obtener información clínica importante que permita efectuar un adecuado diagnóstico y/o tratamiento del paciente.

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar estructuradamente el contenido significativo del paciente identificado por medio de la narrativa.

ESPECÍFICOS

1. Establecer antecedentes significativos del paciente en la primera consulta.
2. Identificar entre los antecedentes características representativas del paciente que permita realizar una impresión diagnóstica.
3. Describir datos que permitan de manera fácil una asociación descriptiva entre antecedentes y la impresión diagnóstica.



Ciudad:		Fecha:	
---------	--	--------	--

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido				Segundo Apellido			
Primer Nombre				Segundo Nombre			
Tipo de documento	C.C.	T.I	Documento N°	De			
Estado civil				Tipo de sangre			EPS:
Lugar y fecha de nacimiento					Edad:		
Estudios realizados			Profesión:			Ocupación:	
Dirección				Teléfono		Celular:	
Vive con		Nombre de pareja sentimental			Documento		
N° Hijos		Beneficio antiquerella	Si	No			

OBSERVACIÓN DE INGRESO:

COMPROMISOS FAMILIARES:

MOTIVO DE CONSULTA (manifestado o remitido)

GENOGRAMA

(se realizara este apartado en caso de no haberse realizado durante una intervención familiar)

--

HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.



DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PRE-MÓRBIDA DEL PACIENTE

(CICLO DE VIDA DEL PACIENTE)

ETAPA PRENATAL E INFANCIA

(Se exponen hechos importantes de la etapa).

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA

(Se exponen hechos importantes de la etapa).

ETAPA DE LA ADULTEZ

(Se exponen hechos importantes de la etapa).



DESCRIPCIÓN CONTEXTUAL DEL PACIENTE

Área Familiar

Área Afectiva

Área Social

Área Ocupacional

Área recreacional

Área de Estado de Salud

Observaciones:



ANTECEDENTES

Antecedentes Personales		
Psiquiátrico	Dx	Obs.:
Psicológicos	Dx	Obs.:
Médicos	Dx	Obs.:
Desarrollo	Dx	Obs.:
Alérgicos	Dx	Obs.:
Ocupacionales	Dx	Obs.:
Judiciales	Dx	Obs.:

Antecedentes Familiares		
Psiquiátrico	Parentesco:	Dx
Psicológicos	Parentesco:	Dx
Médicos	Parentesco:	Dx
Desarrollo	Parentesco:	Dx
Alérgicos	Parentesco:	Dx
Ocupacionales	Parentesco:	Dx
Judiciales	Parentesco:	Dx



ANÁLISIS DEL CASO

Impresión diagnóstica:

Recomendaciones para la próxima asesoría:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL TUTOR

Anexo 5.

N.º 139

CAQ

Hoja de respuestas

Apellidos y nombre: Edad: Sexo:
 Centro: Curso/Puesto:
 Estado civil: Fecha:

EJEMPLOS:		1	A B C	2	A B C	3	A B C	4	A B C							P.D.
1	A B C	20	A B C	39	A B C	58	A B C	77	A B C	96	A B C	115	A B C	134	A B C	D1
2	A B C	21	A B C	40	A B C	59	A B C	78	A B C	97	A B C	116	A B C	135	A B C	D2
3	A B C	22	A B C	41	A B C	60	A B C	79	A B C	98	A B C	117	A B C	136	A B C	D3
4	A B C	23	A B C	42	A B C	61	A B C	80	A B C	99	A B C	118	A B C	137	A B C	D4
5	A B C	24	A B C	43	A B C	62	A B C	81	A B C	100	A B C	119	A B C	138	A B C	D5
6	A B C	25	A B C	44	A B C	63	A B C	82	A B C	101	A B C	120	A B C	139	A B C	D6
7	A B C	26	A B C	45	A B C	64	A B C	83	A B C	102	A B C	121	A B C	140	A B C	D7
8	A B C	27	A B C	46	A B C	65	A B C	84	A B C	103	A B C	122	A B C	141	A B C	PA
9	A B C	28	A B C	47	A B C	66	A B C	85	A B C	104	A B C	123	A B C	142	A B C	PP
10	A B C	29	A B C	48	A B C	67	A B C	86	A B C	105	A B C	124	A B C	143	A B C	SC
11	A B C	30	A B C	49	A B C	68	A B C	87	A B C	106	A B C	125	A B C	144	A B C	AS
12	A B C	31	A B C	50	A B C	69	A B C	88	A B C	107	A B C	126	A B C		A B C	PS
13	A B C	32	A B C	51	A B C	70	A B C	89	A B C	108	A B C	127	A B C		A B C	
14	A B C	33	A B C	52	A B C	71	A B C	90	A B C	109	A B C	128	A B C		A B C	
15	A B C	34	A B C	53	A B C	72	A B C	91	A B C	110	A B C	129	A B C		A B C	
16	A B C	35	A B C	54	A B C	73	A B C	92	A B C	111	A B C	130	A B C		A B C	
17	A B C	36	A B C	55	A B C	74	A B C	93	A B C	112	A B C	131	A B C		A B C	
18	A B C	37	A B C	56	A B C	75	A B C	94	A B C	113	A B C	132	A B C		A B C	
19	A B C	38	A B C	57	A B C	76	A B C	95	A B C	114	A B C	133	A B C		A B C	

*



Copyright © 1985 by TEA Ediciones, S. A. - Adaptación de N. Seisdedos y J. M. Prieto Zamora - Con permiso de IPAT (CAQ, S. E. Krug, Institute for Personality & Ability Testing), Copyright © 1970 - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S. A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid - Imp.: Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 Madrid - Depósito legal: M.-27.611-1989.

CAQ

Hoja de perfil

Apellidos/nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Observaciones _____

Esc	PD	DE	Decatipos bajos	Promedio										Decatipos altos		
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
D1	___	___	Contento, su mente trabaja bien, no tiene temores de salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Preocupado por la salud, los desarreglos y las funciones corporales
D2	___	___	Satisfecho de la vida y sus aspectos, goza de ella	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Insatisfecho de la vida, acoge pensamientos autodestructivos
D3	___	___	Evita situaciones con riesgos, poca necesidad de excitación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Incansable, busca excitación, acepta riesgos, intenta lo nuevo
D4	___	___	Sosegado, con calma en emergencias, confía en el entorno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tenso, desmañado manejando algo, perturbable, sueños molestos
D5	___	___	Energico, muestra entusiasmo por el trabajo, sueño profundo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Preocupado, sin energía para actuar, sentimientos de intranquilidad
D6	___	___	No perturbado por culpabilidad o dejar algo importante por hacer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Autocrítico, se acusa de los errores, sentimientos de culpabilidad
D7	___	___	Relajado, considerado y animoso con las personas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Evita contactos interpersonales, no se halla confortable con los demás
Pa	___	___	Confiado, no le afectan los celos o pensamientos de envidia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Cree que se le persigue, espía, controla o maltrata
Pp	___	___	Sensato, evita implicarse en algo ilegal o romper las normas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No le ofenden las críticas, acepta lo antisocial en sí mismo o en otros
Sc	___	___	Evalúa con realidad a las personas, sin conductas regresivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Con impulsos repentinos o incontrolados, se aleja de la realidad
As	___	___	No le molestan ideas inoportunas o hábitos compulsivos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Le molestan ideas repetitivas, insistentes o hábitos compulsivos
Ps	___	___	Se considera tan apto, confiable y agradable como la mayoría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tímido, pierde su aplomo, con pensamientos de inferioridad

Anexo 6.

FUNDACION TERAPEUTICA LA PILOTO

1

Prevención de recaídas¹

Existen algunas variables o factores precipitantes que contribuyen a una recaída:

Variables afectivas o de estado de ánimo: enojo, ansiedad, depresión, aburrimiento, soledad, culpa, vacío, etc.

Variables conductuales: falta de habilidades de enfrentamiento como, las habilidades de resolución de problemas, manejo del tiempo libre, habilidades sociales, rechazar peticiones, etc.

Variables cognitivas: actitudes, creencias y expectativas en relación con el uso de sustancias, **niveles bajos de autoeficiencia para enfrentarse a las situaciones de alto riesgo**, etc.

Variables ambientales y relaciones interpersonales: fácil disponibilidad de sustancia, presión social directa o indirecta para consumir, falta de un sistema de soporte positivo, cambios importantes en la vida, conflictos interpersonales, etc.

Variables fisiológicas: enfermedades físicas, dolor físico, episodios intensos de urgencia imperiosa por consumir.

Variables psicológicas y psiquiátricas: conductas compulsivas, perder los patrones conductuales que se han ganado y reforzado en consulta, problemas psicológicos no resueltos.

Variables espirituales: excesiva culpa y vergüenza, falta de significado y propósito en la vida, sentimientos de vacío y no poder disfrutar la vida, falta de cercanía con personas significativas, etc.

“cuando el individuo aprende a reconocer patrones inapropiados del manejo que tiene de sus pensamientos, emociones y conductas, y desarrolla habilidades adecuadas de enfrentamiento es, entonces, el momento en que se reduce considerablemente su potencial de recaída”.

¹ Romero, R. (s.f). Prevención de recaídas en pacientes adictos.



Otros factores que contribuyen a la prevención del proceso de recaída es la estabilización y desarrollo de una estructura diaria, enseñarle a realizar una autoevaluación, información y educación, identificación de señales de alerta, crear un plan de conductas y actividades cuando aparezcan las señales de alerta, una vez interrumpida la dinámica de la recaída, se deben discutir y resolver los problemas asociados, involucrar a los familiares o personas significativas dentro del plan preventivo, y **visitas de seguimiento** (llamadas, correspondencia escrita y contactos personales).

Las habilidades de afrontamiento implican un éxito en la prevención de recaídas, ¿con que habilidades cuenta usted?, a continuación encontrara una serie de creencias de control que reducen la vulnerabilidad de tener un desliz o alguna recaída, “no necesito las drogas para mi vida”, “mi vida mejorara sin las drogas”, “puedo afrontar las emociones negativas sin tener que tomar drogas”, “aunque tenga un desliz, no tengo porque seguir tomando drogas”, “un desliz no equivale un fracasar”. Además se algunas actividades distractoras que sean viable de utilizar cuando se encuentren los estímulos que predisponen una recaída.

Por otro lado la interiorización y operalización de la frase “abrazos sí, drogas no”, ayuda a buscar el contacto humano antes que las drogas, para obtener una gratificación de las necesidades de dependencia.

Firma del usuario

Psicólogo Pasante



Anexo 7.

Marque con una X para cada afirmación correspondiente, en donde 0 es NUNCA, 1 CASI NUNCA, 2 OCASIONALMENTE, 3 CASI SIEMPRE Y 4 SIEMPRE.

	0	1	2	3	4
1. ¿Qué tan frecuentemente deseó consumir Sustancias Psicoactivas la semana pasada?					
2. ¿Qué tan frecuentemente pensó en consumir Sustancias Psicoactivas la semana pasada?					
3. ¿Qué tan frecuentemente hablo sobre las Sustancias Psicoactivas la semana pasada?					