

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UN ESTUDIO DE CASO EN PROBLEMAS  
ASOCIADOS AL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD**

**MARÍA PAZ ROMERO MANJARRÉS**



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

***Intervención Psicológica Desde El Modelo Cognitivo Conductual En Un Estudio De Caso  
En Problemas Asociados Al Trastorno Antisocial***

*Proyecto presentado por:*  
**MARÍA PAZ ROMERO MANJARRÉS**  
*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, 2019.**

### **Dedicatoria**

*Esta monografía está dedicada a mis padres quienes con su esfuerzo y dedicación orientaron mi camino bajo los cimientos de la disciplina y constancia, sembrando en mis valores incalculables que me han permitido llegar hasta donde he llegado hoy. Gracias a ellos pude entender que no hay límites cuando las cosas se anhelan con el corazón, y se establecen metas exactas que permiten materializar cada uno de los sueños.*

*A mis hermanas quienes han creído siempre en mí y soportaron mi mano cuando creí que era imposible alcanzar lo que hoy tengo conmigo.*

### **Agradecimiento**

Quiero agradecer primeramente a Dios por las bendiciones puestas en mi camino, por orientarme con claridad hacia la consecución de mis objetivos, porque gracias a él superé obstáculos que hoy posibilitaron subir cada peldaño hasta llegar a la cima. Agradezco a mis padres y hermanas porque con su confianza, acompañamiento y amor me dieron la fortaleza para luchar por lo que un día creí inalcanzable y que hoy con orgullo puedo decir lo logré.

## Tabla de Contenido

|                                           |                                      |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| Dedicatoria.....                          | III                                  |
| Agradecimiento.....                       | IV                                   |
| Tabla de Contenido .....                  | V                                    |
| Lista de Tablas .....                     | VI                                   |
| Lista de Figuras.....                     | VII                                  |
| Lista de Anexos .....                     | VIII                                 |
| Resumen General de Trabajo de Grado ..... | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| General Summary of Work of Grade .....    | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Introducción.....                         | 1                                    |
| Referente Conceptual .....                | 3                                    |
| Objetivo General .....                    | 15                                   |
| Objetivos Específicos .....               | 15                                   |
| Método .....                              | 16                                   |
| Participantes .....                       | 16                                   |
| Instrumentos de Exploración .....         | 16                                   |
| Instrumentos de Evaluación .....          | 19                                   |
| Procedimiento .....                       | 22                                   |
| Fase de intervención.....                 | 25                                   |
| Resultados.....                           | 56                                   |
| Discusión .....                           | 65                                   |
| Conclusiones.....                         | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Recomendaciones .....                     | 72                                   |
| Referencias .....                         | 75                                   |
| Anexos.....                               | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |

**Lista de Tablas**

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Tabla 1. Descripción familiar ..... | 27 |
|-------------------------------------|----|

## Lista de Figuras

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Familiograma .....                                                                                 | 25 |
| Figura 2 Resultados pre y pos tratamiento prueba Assist.....                                                 | 47 |
| Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario clínico Multiaxial de Millon-II.....               | 62 |
| Figura 4. Resultados pre y pos tratamiento de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M). ..... | 63 |

### Lista de Anexos

|                                                                                    |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Anexo A. Consentimiento Informado .....                                            | ¡Error! Marcador no definido. |
| Anexo B. Prueba Assist.....                                                        | ¡Error! Marcador no definido. |
| Anexo C. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI-II) .....              | ¡Error! Marcador no definido. |
| Anexo D. Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M) .....                | 89                            |
| Anexo E. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión.....                        | ¡Error! Marcador no definido. |
| Anexo F. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión ..... | ¡Error! Marcador no definido. |

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ESTUDIO DE CASO EN PROBLEMAS ASOCIADOS AL TRASTORNO ANTISOCIAL.

**AUTOR(ES):** María Paz Romero Manjarrés

**PROGRAMA:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Abdón Ribero Ardila

### RESUMEN

El presente trabajo monográfico expone el proceso terapéutico desarrollado con el consultante G.E.J.P. de 18 años de edad, en la Institución Prestadora de Salud Mental de Maicao - Guajira, el cual solicita servicio de psicología por recaída en consumo de cannabis y cocaína; el usuario describía problemáticas asociadas al trastorno antisocial de la personalidad y comorbilidad con Trastorno por consumo de cannabis. Así como una historia de relaciones familiares disfuncionales específicamente con la madre y el padre, suspensión de sus estudios debido al consumo de sustancias alucinógenas. El proceso, tuvo una duración de tres meses. El modelo Cognitivo Conductual determinó el camino a seguir, en cuanto a la evaluación y diagnóstico, y se basó en entrevista, historia clínica, pruebas psicométricas estandarizadas, y la elaboración de un análisis funcional. Seguidamente, se diseñó el plan de tratamiento, el cual utilizó diversas técnicas de la Terapia Cognitiva de Beck y Estrategias de Afrontamiento. Los objetivos terapéuticos permitieron la disminución de la impulsividad, mejorar la relación con su madre y reducir el consumo de SPA. Los resultados evidenciaron que la aceptación de los problemas, la reestructuración de creencias disfuncionales y el aprendizaje de nuevas estrategias para afrontar las crisis, impactan positivamente a los individuos que padecen el trastorno objeto de este estudio. El abordaje permitió, mejorar la calidad de vida del consultante y de su familia, las problemáticas asociadas al TAP, y permitió un ejercicio de prácticas que entrenan en habilidades de formación del psicólogo clínico.

### PALABRAS CLAVE:

trastorno antisocial de la personalidad, cognitivo conductual, estrategias de afrontamiento.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE COGNITIVE BEHAVIORAL MODEL IN A CASE STUDY TO PROBLEMS ASSOCIATED WITH ANTISOCIAL DISORDER.

**AUTHOR(S):** María Paz Romero Manjarrés

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Abdón Ribero Ardila

**ABSTRACT**

The monographic work contains the therapeutic process developed with the consultant G.E.J.P. 18 years of age, at the Institution providing mental health in Maicao - Guajira, which requests the psychology service because it returned to consume cannabis and cocaine, The user, described problems associated with antisocial personality disorder and comorbidity with disorder by Cannabis use As well as a history of dysfunctional family relationships specifically with the mother and father, suspension of their studies due to the consumption of hallucinogenic substances. The work, which lasted 3 months, The Behavioral Cognitive model was the one that determined the way forward, as the evaluation and diagnosis, was based on clinical interview, clinical history, standardized psychometric tests, and the preparation of an analysis functional. Next, the treatment plan was designed, which used various techniques of Beck Cognitive Therapy, Coping Strategies. The therapeutic objectives allowed the decrease of impulsivity, improve the relationship with his mother and decrease spa consumption. The results showed that accepting their problems, restructuring dysfunctional beliefs and learning new strategies to face the crises were effective. The approach allowed to improve the quality of life of the client and his family, and treatment of problems associated with TAP, and allowed an exercise of practices that provide skills in the training of the clinical psychologist.

**KEYWORDS:**

Antisocial disorder of personality, cognitive behavior, coping strategies.

**Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## Introducción

La personalidad está constituida por rasgos característicos de pensamiento, afectividad y estilos de comportamiento que tienden a expresarse en formas básicas, relativamente estables y transituacionales a lo largo del tiempo. En ciertos individuos algunos rasgos pueden ser gravemente disfuncionales, por lo que presentan alteraciones que son descritas como trastornos de la personalidad (Garzón & Sánchez, 2012). Uno de esos trastornos es el trastorno antisocial de la personalidad (TAP), que ha sido objeto de investigación desde la antigüedad con el interés de intentar explicar su etiología y los factores de riesgo que influyen en su surgimiento.

Durante el proceso de investigación de la psicopatología, puede contemplarse que se han encontrado diversas explicaciones etiológicas, algunas vertientes de tipo fisiológica, neurológica, psicológica, social, entre otras. Principalmente, las justificaciones tienden a ser unidireccionales, atribuyendo una relación causal entre el factor señalado y el surgimiento del Trastorno Antisocial de la personalidad, este estudio de caso único, describe el proceso terapéutico que se implementó con el consultante *G.E.J.P.* de 18 años de edad, en la Institución Prestadora de Salud mental de Maicao - Guajira, la cual solicita el servicio de psicología porque *“volvió a consumir cannabis y cocaína, y según lo referido por su madre apenas salió volvió a tener malas juntas”*. El usuario, describía problemáticas asociadas al Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Es así, como se da lugar a un proceso terapéutico dentro del marco de las prácticas académicas para aspirar al título de Especialista en Psicología Clínica; el modelo Cognitivo Conductual direccionó los procedimientos relacionados con la evaluación y diagnóstico del consultante objeto de estudio, apoyándose en las siguientes herramientas metodológicas: entrevista clínica, historia clínica, pruebas psicométricas estandarizadas, y la elaboración de un análisis funcional. Posterior a la implementación de los instrumentos anteriormente mencionados, se procedió al diseño de un plan de tratamiento, basado en diversas técnicas de la Terapia Cognitiva de Beck y Estrategias de Afrontamiento. El desarrollo de los objetivos terapéuticos permitió la disminución de la impulsividad, generó mejoras en la interacción con la madre y redujo el consumo de spa. Los resultados respaldaron las teorías que argumentan que la aceptación de los problemas, la reestructuración de creencias disfuncionales y el aprendizaje de nuevos mecanismos para abordar eventos estresores, contribuyen efectivamente en la consecución de las metas trazadas.

El abordaje permitió la atención del caso clínico el cual ayudó a mejorar la calidad de vida del consultante y de su familia, haciendo factible el estudio y tratamiento de problemáticas asociadas al Trastorno Antisocial de la Personalidad, posibilitando así el ejercicio de prácticas que otorgan habilidades en la formación del psicólogo clínico.

## **Referente Conceptual**

Este documento tiene como propósito describir, desde el modelo cognitivo conductual, el proceso de evaluación e intervención de problemas asociados al trastorno antisocial de la personalidad en un estudio de caso único. Para lograr una comprensión del trabajo realizado, en este apartado se hará una breve descripción acerca de la psicología clínica como posibilitadora de dicho proceso, del trastorno antisocial de la personalidad, en cuanto a su concepto, diagnóstico, prevalencia, etiología, comorbilidad y del tratamiento de problemáticas asociadas al mismo desde la perspectiva cognitivo conductual.

### **Psicología clínica**

Psicología Clínica es una especialidad de la Psicología cuya constitución como actividad profesional propia del psicólogo sobrepasa el siglo de antigüedad. Su aparición deriva del acervo de conocimientos científicos acumulados, de su carácter teórico-técnico y de la necesidad de dar respuesta a un conjunto amplio de demandas sociales en el campo de la salud. Sus aplicaciones son múltiples y en diferentes ámbitos. Entre ellas cabe destacar sus aportaciones e instrumentos para la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales, así como para mejorar la comprensión y el abordaje de las repercusiones psicológicas que las enfermedades físicas y sus tratamientos tienen en los enfermos (Olabarría, 2013).

## **Personalidad antisocial**

La personalidad está constituida por rasgos característicos de pensamiento, afectividad y estilos de comportamiento que tienden a expresarse en formas básicas, relativamente estables y transituacionales a lo largo del tiempo. En ciertos individuos, algunos rasgos pueden ser gravemente disfuncionales, por lo que presentan alteraciones que son descritas como trastornos de la personalidad (Garzón & Sánchez, 2007). Para (Cloninger, 2003) citado por (Garzón & Sánchez, 2007) uno de esos trastornos es el trastorno de personalidad antisocial, conocido como sociópata o psicopatía, que ha sido objeto de varios estudios empíricos y consideraciones teóricas desde que Phillippe Pinel introdujo el término, hace aproximadamente doscientos años y para (Mata, 2002) citado por el mismo autor define que las personas con este trastorno de personalidad son sumamente rígidas, no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional. Sus patrones desadaptados de pensamiento y comportamiento se hacen evidentes al principio de la edad adulta, frecuentemente antes y, tienden a durar toda la vida.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V según (Sanchez, 2015) se mantiene prácticamente los mismos criterios para el Trastorno de la Personalidad Antisocial que su predecesor (Trastorno Antisocial de la Personalidad), a excepción del patrón C, que sustituye al anterior Trastorno Disocial (incluido en los Trastornos por Déficit de Atención y del Comportamiento Perturbador) por el actual Trastorno de la Conducta (recogido entre los Trastornos del Control de los Impulsos y de la Conducta) por lo tanto las siguientes corresponden al:

Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se

manifiesta por actuaciones repetidas que son objeto de detención, de igual manera se menciona el engaño, representado este a través de constantes mentiras; la impulsividad se presenta como una característica principal dentro del trastorno, la cual se relaciona de manera directa con la presencia de irritabilidad y conductas de agresividad. De igual manera se menciona la tendencia a la irresponsabilidad constante y la ausencia de remordimiento, la cual se evoca a través de la indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien. Se considera a su vez que la edad del individuo debe ser mínimo de 18 años. (APA, 2013).

Basándose en lo anterior una de las dificultades inherentes al diagnóstico del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), consiste en la clarificación de la persistencia de actos antisociales en fases tempranas, que a la vez conforman signos normales del desarrollo en la personalidad infantil y adolescente, dependiendo del contexto social. Es frecuente que los diagnósticos de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) se apliquen “incorrectamente a personas cuyos comportamientos son de protección o de supervivencia dentro de un determinado contexto cultural” (Alonso, 2014, p. 54).

En la indagación del diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) es de utilidad tener en cuenta otros trastornos asociados, dado que “para establecer un diagnóstico de trastorno mental no basta con comprobar la presencia de los síntomas citados en los criterios de diagnóstico” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 13). Es importante referenciar otras categorías diagnósticas expuestas en los manuales, para evitar confundir la extensa heterogeneidad, y hacer diferenciación de la comorbilidad sintomática que expresan varios trastornos de

personalidad, por ejemplo, la manifestación clínica que diferenciaría al trastorno negativista desafiante (TND) del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), tiene que ver con la tendencia a la violación de los derechos básicos de los demás propia de la personalidad antisocial, contrariamente, la similar actitud de hostilidad y negativismo expresados en el TND, no necesariamente tiende a infringir los derechos de los demás (Vásquez et al., 2010). Los estudios de comorbilidad entre trastornos de personalidad, evidencian la asociación persistente de actitudes desafiantes u opositoras con TDAH (Trastorno de déficit de atención con hiperactividad), se estima que “hasta un 60% de las personas con TDAH presentan actitudes desafiantes y opositoras” (Ortiz, Giraldo, y Palacio, 2007, p. 5). La ausencia de acompañamiento terapéutico en el manejo de la comorbilidad sintomática de TDAH y TND, pronostica un alto riesgo de derivación en Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), los síntomas de trastornos del comportamiento se expresarían en un 35% de las personas que tienen un diagnóstico de trastorno por hiperactividad (Muñoz y Amores, 2011); muchas investigaciones, señalan que los niños con síntomas de desórdenes de conducta antisocial y TDAH, constituyen un grupo heterogéneo (Muñoz y Amores, 2011).

Así se considera la comorbilidad como un factor primordial a tener en cuenta en la realización de un diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP). Es poco común que el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) se presente de forma aislada, ya que sus expresiones sintomáticas casi siempre se encuentran asociadas a otros trastornos. Estudios estadísticos señalan que los trastornos de conducta se relacionarían en un 42% al consumo de drogas, en un 21% de los trastornos depresivos, y 25% de los psicóticos (Muñoz y Amores, 2011).

Sin embargo, no es posible establecer si el abuso de sustancias tendría como consecuencia directa la conducta antisocial, o si ambos comportamientos se presentan en una relación de contingencia.

La prevalencia de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) es de 63.2%, el Trastorno por Consumo de Sustancias Psicoactivas (TCSP) más prevalente en los internos es la dependencia al cannabis con 57.7%, mientras que la prevalencia de dependencia al cannabis y a la cocaína en los sujetos con Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) es 78.3% y 63.5%, lo anterior según un estudio realizado con internos carcelarios en la ciudad de Medellín, así mismo estos TCSP están más asociados con el TPA (OR 12.48 (IC95%6.04-25.78) y OR 11.2(IC95% 6,56-24.88) respectivamente. Los OR ajustados para la asociación entre TPA y los TCSP son 9.08 (IC95% 4.08-20.17) con la dependencia al cannabis y OR 5.98 (IC95% 2.48-14.41) en la dependencia a la cocaína (Mejía, 2007, p. 4).

De igual manera se considera que a nivel mundial uno de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque considerable, esa cifra equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido— no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. (Unoc, 2016).

Otros estudios en materia de comorbilidad realizados por Offord, Alder, Boyle (1986), y otros (citados en, Muñoz y Amores et al., 2011), apuntan algunos datos estadísticos que pueden resultar relevantes en la comprensión de las expresiones sintomáticas de otros diagnósticos

asociados al Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP). Respecto a la depresión, sugieren que la conducta antisocial precede a este trastorno emocional dándose en una relación de 15% en varones y un 48% en las mujeres adolescentes de 12 a 16 años. En comparación, la comorbilidad del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) con los trastornos de somatización se relacionó en 37% de las mujeres, y el 20% de los varones adolescentes de 12 a 16 años. Por otra parte, la asociación del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) con los trastornos de ansiedad que “constituye la categoría diagnóstica menos investigada en adolescentes antisociales” (Muñoz y Amores., 2011, p. 8), mostró que el 15.3% de varones con conducta disocial y el 48.1% de las mujeres de 12 a 16 se adherían a los criterios de trastorno neurótico (trastorno por ansiedad, ansiedad por separación, obsesivo compulsivo).

Por otra parte, la medición de las conductas asociadas al trastorno de personalidad antisocial se practica mediante la elaboración de test psicológicos que realizan un manejo operativo de sus factores cuantitativos asociados. Se han validado diversos instrumentos de apoyo evaluativo para diagnóstico de trastorno antisocial, que se sustentan en la medición estadística de dimensiones de la personalidad como la agresividad, la inestabilidad emocional, la incapacidad para establecer relaciones estables, el egocentrismo, la indiferencia frente a sentimientos ajenos, la desadaptación social, las conductas delictivas, o la desadaptación escolar (Moral y Pacheco, (2011). Eysenck (1996), pionero en la medición de las dimensiones de la personalidad, se introdujo en el campo tras observar que los “individuos que presentan rasgos de extroversión o psicoticismo son lábiles en su control de los impulsos y esto puede desencadenar conductas disociales” (Moral y Pacheco, 2011, p. 201). Postulando una relación de la dimensión extroversión y psicoticismo al criterio

diagnóstico de control de impulsos, Eysenck, elabora en 1997 el cuestionario EPQ para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A), la cual constituye la primera escala clínica de conducta antisocial, que permite hacer medición comparativa de los factores neuroticismo, extroversión y psicoticismo en la personalidad de un individuo respecto a un promedio poblacional.

Teniendo en cuenta que el TAP es una condición psiquiátrica que causa un patrón relacionado con la manipulación hacia otras personas y la violación de sus derechos, es posible mencionar también que estos presentan dificultades frente al seguimiento de normas de la sociedad y con frecuencia incumplen la ley. Es característico que los sujetos con este diagnóstico sean completamente indiferentes a los sentimientos y al dolor ajeno, mostrando un patrón profundo de falta de remordimientos junto con decisiones irresponsables (Rosenblum, 2011)

Así mismo, se hace necesario distinguir qué comportamientos pueden ser clasificados como antisociales teniendo en consideración la continuidad del comportamiento antisocial desde la infancia hasta la adolescencia y posteriormente, en la adultez. (Farrington, 2005) Señala los siguientes indicadores del comportamiento antisocial en la infancia y la adolescencia: impulsividad, robo, vandalismo, resistencia a la autoridad, agresiones físicas y/o psicológicas, maltrato entre iguales, huida de casa, ausentismo escolar y crueldad hacia animales.

Se estima que en la población penal existe una alta incidencia de trastornos de personalidad, entre ellos se destaca el antisocial con un 40% a 60% (Watzke, Ullrich, & Marneros, 2006). Además, (Blitz, Wolff, & Pogorzelski, 2005) en una investigación con

confinados con necesidades especiales en los presidios de New Jersey encontraron que el 68% de éstos tenían un trastorno de personalidad, mayormente tendencias antisociales. (Watzke, Ullrich, & Marneros, 2006) Encontraron patrones semejantes en la población de confinados en Alemania, siendo el TAP el más común.

Conforme a las cifras anteriores, a este tipo de trastorno se le ha creado un nexo con la violencia y la delincuencia, y factores inherentes del crimen. (Vidal, Acosta, & Galido, 2004) exponen que los trastornos de personalidad están asociados a la violencia. Realizaron una investigación prospectiva en el servicio de psiquiatría forense del hospital psiquiátrico de la Habana. Según los hallazgos el trastorno de personalidad más común fue el trastorno antisocial. Según los autores los delitos más frecuentes que se asociaron a este trastorno de personalidad fueron los relacionados con la integridad corporal, la seguridad social y desviación en el desarrollo de las relaciones sexuales.

Por su parte el plan de intervención en el tratamiento del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), se estipula desde cada paradigma de comprensión de la personalidad, en este sentido, existen diferentes modos de abordaje de la conducta antisocial según los planteamientos de cada escuela. La terapia conductual por ejemplo, se centra en el manejo de las conductas discretas, mediante el uso de terapia de condicionamiento positivo o aversivo. (Rodríguez, 2008).

Otras formas de acompañamiento usadas para el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), integran las terapias familiares, interpersonales y el tratamiento comunitario, dirigidas al

mejoramiento de la calidad de las relaciones de la persona, consideradas parte integral del trastorno. Las terapias interpersonales propugnan la modificación del grupo social que integra al individuo, como la familia, la escuela e incluso toda su comunidad. En la atención integral, es frecuente la aplicación de la terapia ambiental, que consiste en la internación en comunidades terapéuticas, con la intención de generar un ambiente de reestructuración para la personalidad mediante la alteración completa de las todas circunstancias vitales del presunto antisocial. Rodríguez (2008) considera que “este tipo de tratamiento podría adaptarse a los delincuentes, pero su relevancia para los adultos psicópatas es indeterminada, aunque su utilidad no se descarta” (p. 471). De igual manera, varios autores argumentan que aunque no se muestra una disminución significativa en la reincidencia de conductas antisociales tras el tratamiento, las comunidades terapéuticas constituyen la única cura posible para la personalidad antisocial (Rodríguez, 2008).

En la actualidad, el estudio científico del Trastorno Antisocial acepta la interacción de factores biológicos y psicosociales como fundamentos de su etiopatogenia. La idea de que existen factores innatos en la configuración de un Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), ha sido ampliamente elaborada desde el modelo psicobiológico, cuyo fundamento es el enfoque disposicional, que se centra en el estudio de los rasgos de la personalidad. Este enfoque aborda la personalidad desde el paradigma de rasgos y disposiciones, entendiéndolos como tendencias inherentes del comportamiento concreto, es decir, como predisposiciones del sistema conductual, adaptadas durante la selección natural del organismo por su funcionalidad, las cuales determinan el desempeño del acervo comportamental en un individuo. Los aportes de este paradigma del conocimiento conforman un modelo de comprensión de las disposiciones del organismo. Este modelo es dimensional, jerárquico y psicobiológico, siendo uno de los más sólidos

respecto al estudio de la personalidad, por abordar estas características (Schmidt et al., 2010).

Por otra parte, entre los factores relacionados a componentes evolutivos de índole social que contribuyen a la génesis del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), se destacan factores familiares relacionados con el aprendizaje como agentes de expresión genotípica. Caballo (2004) muestra como la relación de entorno familiar con las etapas de maduración individual se ha convertido en un eje de estudio importante en las presunciones de génesis sistémica del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) por tratarse de estadios en los que se desarrollan una serie de procesos, que pueden entenderse como antecedentes del comportamiento antisocial.

En lo que respecta al tratamiento cognitivo conductual (TCC), en donde están incluidas diversas teorías entre las cuales, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento (Coping) tienen gran relevancia, la conducta se explica como el resultado de la interpretación de la realidad y de los contenidos de los esquemas del pensamiento, es decir, como dice Fernández-Álvarez (2005), no reaccionamos a la realidad exterior, sino a la realidad subjetiva creada por los procesos cognitivos.

Dentro de este marco y para la intervención de problemáticas asociadas al Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), la terapia cognitiva de Aaron Beck, refiere que es posible lograr cambios en los afectos y la conducta de los pacientes por medio de un proceso de evaluación y puesta a prueba de sus creencias básicas acerca de zonas problemáticas clave. Además supone que las cogniciones, los afectos y la conducta reflejan esquemas o reglas subyacentes (Freeman, 1986).

Con referencia a las estrategias de afrontamiento, Cassaretto (2009), refiere que, en los últimos años, la comunidad científica ha despertado gran interés en su estudio, dado que representa un conjunto de habilidades de adaptación y pueden ser determinantes en la salud mental de las personas. Se describen diferentes tipos de estrategias de afrontamiento: las estrategias de resolución de problemas, las cuales están dirigidas a controlar el problema que está causando el malestar; las estrategias de regulación emocional, las cuales buscan regular la respuesta emocional ante el problema como tal; y las que intentan modificar la evaluación inicial de la situación (Lazarus & Folkman, 1986; Fernández – Abascal & Palmero, 1999).

Por otro lado entre los estudios realizados, se encuentra la Escala de Estrategias Coping – Modificada (EEC-M) elaborada y adaptada a una población adulta colombiana, por Londoño et al (2006), en la que describe doce estrategias de afrontamiento al estrés de tipo cognitivo y comportamental: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía.

En lo que tiene que ver con estudios que relacionen las estrategias de afrontamiento con personalidades patológicas, hay poca evidencia, no obstante Fernández y Díaz (2001), describen estudios argumentando, para estos casos, la personalidad determina el estilo de afrontamiento en el que pueden usarse estrategias positivas en forma reducida y otras negativas en mayor medida. En el caso de una persona con TAP, el uso funcional de las estrategias de afrontamiento se afecta

significativamente, por lo que la persona no tiene la capacidad de afrontar de manera adaptativa las situaciones que interpreta como estresantes (Vázquez, et al., 2000).

Finalmente se calcula que uno de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque considerable, esa cifra equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido— no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Implementar un tratamiento de intervención psicológica en un estudio de caso de problemas asociados al trastorno antisocial de la personalidad, desde el modelo cognitivo conductual.

### **Objetivos Específicos**

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

Definir los objetivos terapéuticos a partir del diagnóstico establecido.

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

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

## **Método**

### **Participantes**

Estudio de caso único con un consultante de 18 años de edad, sexo masculino, escolaridad séptimo grado, desempleado, tercero de 4 hijos de padre y madre, cuya cotidianidad gira alrededor de una familia desintegrada y monoparental. La desintegración y/o separación de los padres de G. se lleva a cabo posterior al nacimiento del último hijo, en la actualidad el padre tiene otra relación, de la cual no hay hijos. Dicha separación lleva aproximadamente 8 años, desde tal momento G. ha vivido con la madre y en ocasiones específicas convive con el padre, el cual desde la separación se ha mostrado parcialmente ausente, notándose una relación distante.

### **Instrumentos de Exploración**

#### **Entrevista abierta.**

Se implementó una entrevista abierta con una estructura básica en la que dio inicio con el encuadre, explicando el objetivo y metodología de la misma; seguido por un momento de diálogo e indagación con respecto al motivo de consulta, evolución, implicaciones y delimitación de las problemáticas de la consultante, temores y expectativas sobre el proceso. Por último, se realiza un cierre con las conclusiones y retroalimentación de la información compartida.

#### **Historia clínica.**

Se utilizó el formato de historia clínica sistematizado proporcionado por la Unidad de Salud Mental. La implementación se realizó de forma simultánea a la entrevista abierta durante la primera sesión del proceso. Las áreas de abordaje del formato inician con los datos demográficos del usuario y datos del acudiente, seguido por situación actual del usuario, entre lo que se incluye el motivo de consulta, historial de la situación, intentos previos para solucionarlo, percepción de la situación desde el consultante y sus redes de apoyo. Posteriormente, se abordan los aspectos familiares, en donde se describe el familiograma y observaciones generales del ambiente familiar. Así mismo, se indaga sobre el área personal, área académica, área social, relacional y de pareja, área ocupacional, antecedentes personales y familiares, conductas de riesgo, observaciones generales del usuario donde se describe el examen mental, impresión diagnóstica según los criterios del DSM V, se describe el plan de tratamiento y por último están las plantillas para registrar el seguimiento terapéutico sesión a sesión.

### **Análisis funcional**

Una vez realizada la entrevista y el diligenciamiento de la historia clínica, se planteó el análisis funcional para explicar el comportamiento y, con base en esta explicación, establecer los objetivos de tratamiento para el consultante, así como las técnicas de intervención pertinentes para lograrlos. Por lo tanto, el análisis funcional orienta la evaluación e intervención, representa el puente necesario entre ambas y puede ser revisado siempre que se necesite (Zenón et al., 2016). El análisis funcional elaborado incluyó los siguientes aspectos: datos básicos del consultante, motivo de consulta, descripción del motivo de consulta, problema, descripción de los problemas, historia personal, evaluación sincrónica, evaluación diacrónica (factores de

predisposición, adquisición, mantenimiento y protectores), dominios (emocional afectivo, cognoscitivo verbal, interacción y repertorios relacionados a salud), contextos (académico laboral, familiar, pareja sexual, condiciones ambientales y estímulos discriminatorios), formulación de hipótesis (problema e hipótesis), análisis explicativo (repertorios de autocontrol, autoconocimiento, repertorios para modificar el ambiente, regulación verbal del comportamiento, identificación de conducta, conducta clínicamente relevante y función explicativa), diagnóstico diferencial, diagnóstico y plan de intervención.

### **Consentimiento informado**

Se implementó el formato de Consentimiento Informado para mayores de edad, basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos. Fue diligenciado por parte del consultante, psicólogo en formación, posterior a la presentación y el encuadre del proceso terapéutico. (Ver Anexo A)

Lo anterior se realiza teniendo en cuenta que el consentimiento informado se considera como un proceso interactivo en el cual el consultante accede voluntariamente y sin coerción a participar en un estudio, luego de que los propósitos, riesgos y beneficios de este han sido cuidadosamente expuestos y entendidos por las partes involucradas (Cañate, Guilhem, & Brito, 2012).

## **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 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).

### **Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II). Theodore Millon (1998).**

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory; MCMI), para (Butcher y Rouse, 1996; Piotrowski, 1997) citado por (Zans, 2007) a lo largo de sus tres versiones (MCMI-I, MCMI-II y MCMI-III; Millon, 1983, 1987; Millon, Millon y Davis, 1994), se ha convertido en uno de los instrumentos más prestigiosos y utilizados internacionalmente para la evaluación de la psicopatología tanto en ámbitos profesionales como de investigación

Es un cuestionario que pretende evaluar la personalidad y la presencia de trastornos de personalidad, de manera que contribuya al proceso de toma de decisiones en el curso terapéutico. El inventario está constituido por 175 ítems con un formato de respuesta dicotómico de

Verdadero o Falso, que evalúan 26 escalas, 4 de fiabilidad y validez que abarcan Validez (V), Sinceridad (X), Deseabilidad (Y) y Alteración (Z); 10 escalas básicas de la personalidad que comprenden Esquizoide (1), Fóbica (Evitativa) (2), Dependiente (3), Histriónica (4), Narcisista (5), Antisocial (6A), Agresivo/Sádica (6B), Compulsiva (Rígida) (7), Pasivo/agresiva (Negativista) (8A) y Autodestructiva (Masoquista) (8B); 3 escalas de personalidad patológica que incluye Esquizotípica (S), Límite (C) y Paranoide (P); 6 escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada que abarca Ansiedad (A), Histeriforme/Somatoforme (H), Hipomanía (N), Neurosis depresiva-distimia (D), Abuso de alcohol (B) y Abuso de drogas (T); y 3 escalas de síndromes de gravedad severa que incluye Pensamiento psicótico (SS), Depresión mayor (CC) y Delirios psicóticos (PP). Este inventario está dirigido a población adulta, mayor de 18 años, con una duración de desarrollo de 25 a 40 minutos. La interpretación del cuestionario permite definir la validez de la prueba e identificar las escalas que presentan una puntuación significativa o la posible presencia de algún tipo de personalidad patológica o síndrome clínico (Millon, 1999). (Ver anexo D).

Las 22 escalas clínicas que forman parte del MCMI-II se construyeron como una medida operacional de un síndrome que se deriva de una teoría de la personalidad y la psicopatología. De esta manera se establece que las escalas y los perfiles del MCMI- II miden variables directas y cuantificables derivadas de la teoría; dichas variables están relacionadas de manera directa a una teoría amplia y sistemática permiten diagnósticos específicos y dinámicas clínicas de los pacientes, así como hipótesis comprobables sobre la historia social y el comportamiento habitual (Millon, 1998).

**Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M). Londoño y cols (2006).**

El WCI de Lázarus y Folkman (1984), fue construido para evaluar el afrontamiento haciendo que las personas reconstruyeran situaciones estresantes recientes y describieran lo que pensaron, sintieron e hicieron en el momento. El cuestionario incluye 67 ítems con cuatro opciones de respuesta: (0) en absoluto, (1) en alguna medida, (2) bastante, (3) en gran medida. La lista mide modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y a la resolución de problemas. También se incluyen cuatro formas básicas de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y una categoría compleja designada como afrontamiento intrapsíquico o cognitivo. El análisis factorial de los modos de afrontamiento distingue factores dirigidos a la resolución del problema (desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales como son conseguir varias soluciones, buscar información y realizar un plan de acción y seguirlo) y factores dirigidos a la emoción (que influyen la búsqueda de apoyo social emocional, el distanciamiento, la evitación, la acentuación de los aspectos positivos de la situación y el autorreproche) (Lazarus & Folkman, 1986).

Esta escala auto administrada contiene 69 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde “Nunca” hasta “Siempre”. Se adaptó consistentemente en una población adulta colombiana en el año 2006 por Londoño y colaboradores. Está construida con doce 12 factores que representan la información sobre la manera como la población adulta emplea el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación

inicial de la situación. (Lazarus & Folkman, 1987; Fernández – Abascal & Palmero, 1999). (Ver Anexo E-basado en (Londoño, Lopez, & Huerta, 2006)).

## **Procedimiento**

El proceso de intervención terapéutico se desarrolló en 13 sesiones, las cuales se desarrollaron a lo largo de un mes y medio, distribuidas en tres momentos diferentes, con una duración aproximada de 15 días por momento. La descripción completa y detallada del proceso terapéutico puede consultarse en el anexo F, en el cuadro de sesiones, o de manera resumida en el anexo G, resumen del proceso del tratamiento implementado según etapa y número de sesión. El proceso terapéutico se ejecutó en tres etapas, que se describen de la siguiente manera:

### **Primera etapa: Evaluación y diagnóstico.**

En la primera etapa, que abarcó las primeras cuatro sesiones, con duración de 60 minutos cada una, con una frecuencia semanal, se llevó a cabo la evaluación del consultante a través de diversos métodos que permitieron una evaluación integral.

En esta etapa se dio inicio al rapport y se hizo la valoración del caso, a través de la recopilación, interpretación y análisis de la información obtenida de la entrevista abierta, historia clínica, análisis funcional y los instrumentos de evaluación psicométrica, como fueron el Assist, el inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II), y la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M), así como la validación de los criterios diagnósticos del DSM-5. Esta etapa

finalizó con la devolución de los resultados de la evaluación, explicación y psicoeducación del diagnóstico referido y junto al consultante se delimitaron las problemáticas y se plantearon los objetivos terapéuticos a tratar, a saber reducción de conductas potencialmente auto lesivas como el abuso de alcohol y consumo de alucinógenos y un aumento en estrategias de afrontamiento enfocadas principalmente a la regulación emocional.

### **Segunda etapa: Intervención.**

Las sesiones realizadas en esta etapa fueron de la quinta a la novena, tuvieron una duración de 90 minutos aproximadamente, la duración fue acorde a la complejidad de cada sesión. Esta etapa estuvo subdividida en dos momentos, seguidos de la devolución de resultados y de una psicoeducación sobre el tratamiento cognitivo conductual. El primero momento se desarrolló durante las sesiones cinco, seis, siete y ocho que estuvieron enmarcadas en la Terapia Cognitiva de Beck, bajo la cual las intervenciones implicaron técnicas de reestructuración cognitiva, cuyo objetivo era la identificación y consciencia de distorsiones cognitivas y aprendizaje de pensamientos adaptativos; así mismo, se utilizó, Autoregistro y diálogos socráticos. Técnica reconocimiento de un continuo, Plantear situaciones hipotéticas. Role Playing, Técnicas basadas en la imaginación (imaginar metáforas), Entrenamiento asertivo, T. Evitar verbalizaciones internas catastrofistas, psicoeducación.

Un segundo momento, estuvo constituido por las sesiones ocho y nueve, cuyo plan fue el Entrenamiento en Habilidades Sociales, Reestructuración cognitiva e implementación del Adiestramiento en Estrategias de Afrontamiento (Coping). El objetivo de esta fase, era que el

consultante tuviera la oportunidad de fortalecer y desarrollar estrategias de tipo cognitivo, emocional y conductual como la solución de problemas, apoyo social y profesional para afrontar las dificultades. Para ello, se utilizaron técnicas de Ensayo de la Conducta, Reforzamiento y retroalimentación, Técnica conceptualización alternativa.

### **Tercera etapa: Evaluación pos y cierre.**

Al finalizar la etapa de intervención, se realizó una evaluación pos tratamiento entre las sesiones 10 y 13 que facilitó la identificación de mejoría en el paciente, manifestada por el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. En la sesión 10 y 11 se trabajó sobre la prevención de recaídas; a través de Estrategias I, II, IV, V. y Técnica Imaginación Positiva.

En la sesión 12, se realizó la evaluación post-test mediante la aplicación del Millon II, Assist, Escala de Estrategias de Coping Modificada. Por último, en la sesión 13, se realizó el cierre del proceso que incluyó nuevamente prevención de recaídas y la devolución de los resultados obtenidos en la evaluación post, resaltando los cambios positivos y comparando los resultados de la evaluación psicométrica con lo trabajado sesión a sesión. Igualmente se generan compromisos por parte del consultante con respecto a las estrategias a implementar para mantener los cambios positivos y procurar la evitación de las crisis. Se da por terminado el proceso tras las recomendaciones y agradecimientos pertinentes.

## Fase de intervención

### Formulación del caso clínico

**Nombre:** G.E.J.P      **Edad:** 18 años      **Fecha de nacimiento:** 26/12/2000

**Escolaridad:** Bachiller      **Ciudad:** Maicao      **Estado civil:** Soltero

**Religión:** No profesa      **Ocupación:** Desempleado

**Hijos:** Sin hijos.

**Antecedentes Psiquiátricos:** Presenta abuso de sustancias psicoactivas (policonsumo) específicamente cannabis, cocaína y alcohol desde los 15 años hasta la actualidad con una frecuencia no definida. Estuvo bajo tratamiento psiquiátrico y psicológico (hospitalización durante tres meses) en el año 2017, y la última hospitalización fue hace (seis meses) desde enero hasta junio del 2018 y se encuentra tomando medicamentos como: Levomepromazina – olanzapina.

### Familiograma:

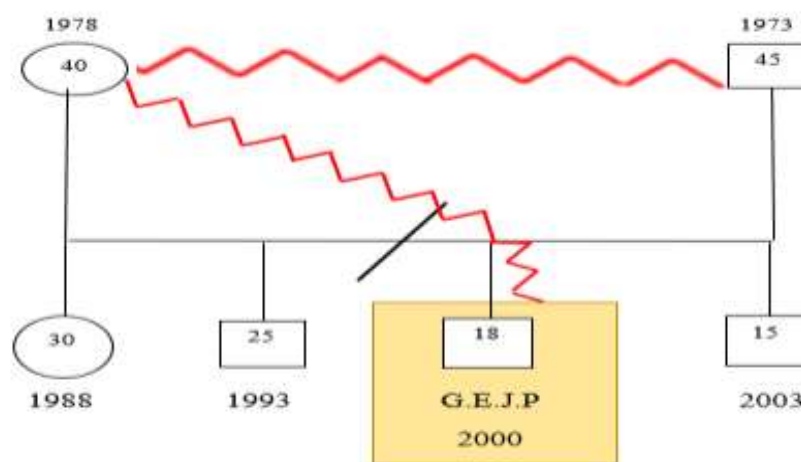


Figura 1. *Familiograma*

**Tipología:** Familia desintegrada y monoparental.

El consultante (G.) es el tercero de 4 hijos de padre y madre, cuya cotidianidad gira alrededor de una familia desintegrada y monoparental. La desintegración y/o separación de los padres de G. se lleva a cabo posterior al nacimiento del último hijo, en la actualidad el padre tiene otra relación, de la cual no hay hijos, desde tal momento G. ha vivido con la madre y en ocasiones específicas convive con el padre, el cual desde la separación se ha mostrado parcialmente ausente, notándose una relación distante.

La relación con su madre ha sido conflictiva, con pobre establecimiento de límites desde la infancia, a raíz del consumo de SPA las diferencias se han intensificado afectando notoriamente la relación entre ambos, G. refiere que desde su infancia experimentó la inestabilidad en su hogar, notando cierto rechazo por parte del padre, de quien aclamaba afecto y dedicación no obteniendo éxito frente al mismo, reporta siempre haber deseado alejarse de la madre por falta de entendimiento, quien desde siempre ha procurado asumir ambos roles en la crianza pero ha sido menospreciada y desautorizada por el padre; quien durante la relación con la madre la maltrató física y psicológicamente, maltratos que fueron observados por G. El padre siempre se ha mostrado como una figura hostil,, de pocas responsabilidades, mientras que la madre aparece como permisiva y de poco carácter, quien tiende a estar ausente del hogar debido a las extensas horas de trabajo que debe cubrir para poder ser un soporte económico estable dentro de la familia.

Por su parte G refiere que con sus hermanos mantiene aceptable relación, de quienes recibe poca atención debido a las conductas disfuncionales que maneja dentro del hogar, quien bajo

efectos del consumo de sustancias alucinógenas se ha tornado agresivo con ellos y con la madre. En cuanto a su patrón relacional con los pares G mantiene inestabilidad en sus relaciones, quien cambia de manera constante de pareja, y busca aproximaciones dependiendo los beneficios que pueda obtener de estos.

Tabla 1. *Descripción familiar*

| <b>Nombres y Apellidos</b> | <b>Parentesco</b> | <b>Edad</b> | <b>Grado de Escolaridad</b> | <b>Ocupación</b>   | <b>Relación</b> |
|----------------------------|-------------------|-------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|
| <b>G.E.J.P</b>             | Hijo              | 18 años     | 7° grado                    | Estudiante         | Consultante     |
| <b>H.P</b>                 | Madre             | 40 años     | Pregrado                    | Aux. de Enfermería | Conflictiva     |
| <b>J.J.</b>                | Padre             | 45 años     | Bachiller                   | Estudiante         | Conflictiva     |
| <b>R.J.P.</b>              | Hermana           | 30 años     | Bachiller                   | Estudiante         | Cordial         |
| <b>L.J.P</b>               | Hermano           | 25 años     | Bachiller                   | Bachiller          | Cordial         |
| <b>P.J.P.</b>              | Hermano           | 15 años     | Bachiller                   | Estudiante         | Cordial         |

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

### **Motivo de consulta.**

El consultante refiere *“Estoy otra vez aquí porque volví a consumir marihuana y cocaína, apenas salí volví a tener malas juntas... y mi mamá me trajo”*

### **Descripción del motivo de consulta.**

El consultante presenta síntomas de irritabilidad, impulsividad, inestabilidad emocional, agresividad, expresa que en algunas ocasiones siente la necesidad de buscar la aprobación de quienes lo rodean, buscando obtener además ganancias secundarias, con evolución de seis meses aproximadamente. Expresando de igual manera que en determinadas circunstancias llegó a autolesionarse para aliviar la rabia que sentía. Consume sustancias psicoactivas (cannabis-cocaína) desde hace tres años aproximadamente, consultante con antecedentes de conductas de hurto y con tendencia a la manipulación. La sintomatología actual presenta una evolución de cinco meses aproximadamente.

### **Problemas**

- Poco control de impulsos.
- Pobres estrategias de afrontamiento, conductas tendientes a la búsqueda de aprobación y obtención de ganancia secundaria, baja tolerancia a la frustración.
- Conductas de manipulación.
- Dificultad para el manejo y control de la etapa de mantenimiento sin consumo de sustancias alucinógenas.

### **Descripción del problema**

Poco control de impulsos:

El consultante refiere que es recurrente la dificultad para controlar las emociones que experimenta, sintiendo en algunas circunstancias la necesidad de autolesionarse desde hace dos años, una vez a la semana aproximadamente o cada 15 días, en algunas ocasiones bajo efecto del

consumo, antes de ingresar a la institución, estando internado la autolesión se efectuó una sola vez iniciando el proceso. Evita afrontar algunas situaciones que lo confrontan refugiándose en el consumo de cannabis y cocaína. Como consecuencia de esta problemática, ha llegado a efectuar conductas delictivas (hurto).

Pobres estrategias de afrontamiento, conductas tendientes a la búsqueda de aprobación, en pro de obtener ganancia secundaria, baja tolerancia a la frustración, conductas de manipulación:

El consultante ante situaciones generadoras de malestar y displacer tiende a reaccionar de manera agresiva y emplea el recurso de la espera como estrategia para hacer frente a los conflictos, quien muestra poca autonomía y pobre capacidad de resolución de problemas. El consultante suele utilizar una visión poco optimista de los problemas y la realidad en general, valiéndose en pocas circunstancias de los recursos propios para hacer frente a las dificultades. Refiere sentir la necesidad de ser aprobado por las personas que lo rodean, reportando que sólo así logra sentirse en ocasiones bien, donde a su vez procura obtener de dicha aprobación beneficios y ganancia secundaria, expresa que de esta manera se siente grande, experimentando agrado con las miradas de los demás, logrando experimentar placer cuando los otros se ríen de sus conductas y aplauden en ocasiones la disfuncionalidad de su comportamiento.

Consumo de sustancias psicoactivas: el consultante reportó que consume sustancias psicoactivas (cannabis y cocaína) desde hace tres años aproximadamente, refiriendo que su consumo inicial se dio a raíz de la curiosidad de experimentar cosas nuevas y con la intención de

pertenecer a un grupo social. Expresó que en muchas ocasiones se refugió en el consumo de SPA para evitar hacer frente a situaciones que actuaban como estresores y generadores de malestar. No logra identificar las consecuencias que trae consigo el consumo de alucinógenos, refiere “la droga no me hace nada, solo me relaja. A veces he intentado dejarla pero solo no he podido”.

### **Historia personal.**

El consultante (G.) es el tercero de cuatro hijos de padre y madre. Posterior al nacimiento del último hijo los padres de G. se separaron, y en la actualidad el padre tiene otra relación, de la cual no hay hijos. Dicha separación lleva aproximadamente ocho años, desde tal momento G. ha vivido con la madre y en ocasiones específicas convive con el padre, el cual desde la separación se ha mostrado parcialmente ausente, notándose una relación distante. La relación con su madre ha sido conflictiva, con pobre establecimiento de límites desde la infancia, a raíz del consumo de SPA las diferencias se han intensificado afectando notoriamente la relación entre ambos, G. refiere que desde su infancia experimentó la inestabilidad en su hogar, notando cierto rechazo por parte del padre, de quien aclamaba afecto y dedicación no obteniendo éxito frente al mismo, reporta siempre haber deseado alejarse de la madre porque esta no lo entendía, quien desde siempre ha procurado asumir ambos roles en la crianza pero ha sido maltratada y desautorizada por el padre; quien durante la relación con la madre la maltrató física y psicológicamente, maltratos que fueron observados por G. El padre siempre se ha mostrado como una figura hostil, de pocas responsabilidades, mientras que la madre aparece como permisiva y de poco carácter, quien tiende a estar ausente del hogar debido a las extensas horas de trabajo que debe cubrir para poder ser un soporte económico estable dentro de la familia. Por su parte G refiere que con sus

hermanos mantiene aceptable relación, de quienes recibe poca atención debido a las conductas disfuncionales que maneja dentro del hogar, quien bajo efectos del consumo de sustancias alucinógenas se ha tornado agresivo con ellos y con la madre. En cuanto a su patrón relacional con los pares G mantiene inestabilidad en su forma de relacionarse, quien cambia de manera constante de pareja, y busca aproximaciones dependiendo los beneficios que pueda obtener de estos.

### **Evaluación sincrónica.**

El consultante describe su contexto actual como uno de los factores relevantes en la activación de sus conductas disfuncionales, donde el estar inmerso en un barrio en el que se expende drogas, rodeado de personas que consumen y ejercen gran influencia sobre él, han contribuido a que se desencadenen una serie de patrones de comportamiento mal adaptativos, así mismo sus problemas relacionales con la madre y su permanente ausencia del hogar por las extensas horas de trabajo han influido en las dificultades dentro de su proceso de educación y desarrollo, enmarcándose en la ausencia de límites y las conductas permisivas, que han dado paso a presentar desacato de normas y enmarcar su comportamiento en tendencias impulsivas e inestables.

### **Evaluación Diacrónica.**

#### ***Factores de Predisposición:***

***Predisponentes:*** antecedentes familiares de agresión física y psicológica. Ausencia de figura paterna. Pobre establecimiento de límites. Desde inicios de la adolescencia el consultante presenta alteraciones en la conducta, desacato a las normas en el hogar y la escuela, fuga de la misma, constantes agresiones y problemas con compañeros.

***Precipitantes:*** conflicto con la madre, dificultades económicas, influencia social.

***Factores de Adquisición:***

***Circunstanciales:*** pautas de crianza enmarcada en la ambivalencia entre las figuras de autoridad las cuales se enmarcan entre la violencia, la hostilidad y la permisividad con carencia de apoyo y afecto.

***Factores de Mantenimiento:***

El entorno laboral del consultante (venta de combustible para autos)

El entorno social donde ha vivido prevalece el consumo de alcohol, alucinógenos y la violencia como estilo de vida.

***Factores Protectores:***

Búsqueda de apoyo de amigos o profesionales de la salud.

Religiosidad.

**Dominios.**

***Emocional afectivo:***

Presenta constantes cambios emocionales, asociados a su dificultad de afrontar situaciones que percibe como estresantes; se evidencia tendencia a la irritabilidad e impulsividad, quien muestra pobre autocontrol y reacciones agresivas constantes.

***Cognoscitivo verbal:***

Se evidencia un desarrollo cognitivo y del lenguaje adecuado para su edad, nivel educativo y cultural; con pensamiento y lenguaje fluido y coherente, aunque con tendencia a la manipulación.

***Interacción:***

Se evidencia inestabilidad en su proceso relacional con los pares y demás personas del entorno social en el que se desenvuelve, lo anterior debido a su búsqueda de aprobación, a su irritabilidad y constantes conflictos y falta de empatía con los otros, donde la poca asertividad en su comunicación detona constantes problemas sociales. El consultante cambia de manera constante de pareja, y busca aproximaciones dependiendo los beneficios que pueda obtener de estos. Con las personas significativas presenta conflictos recurrentes.

***Repertorios relacionados a salud:***

Se percibe al consultante preocupado e interesado por su arreglo personal y aspecto físico, cuando se encuentra en entornos controlados y bajo supervisión, lo cual muestra parcial deterioro una vez se encuentra inmerso en su entorno social habitual, sin embargo refiere dedicar tiempo a su autocuidado a pesar del consumo de sustancias alucinógenas y alcohol, lo que denota que el consultante reconoce parcialmente las conductas que son potencialmente autolesivas, y no las

considera un riesgo para su vida e integridad, sino una forma de sentirse “mejor y evadir la realidad y los problemas”.

### **Contextos:**

#### ***Académico laboral:***

El nivel de escolaridad del consultante es séptimo grado actualmente no se encuentra escolarizado, ya que suspendió sus estudios debido al consumo de sustancias alucinógenas. Venta de combustible para autos.

#### ***Familiar:***

Convive con la madre desde el nacimiento, ya que debido a los conflictos de pareja los padres de G. se separaron hace ocho años, donde la figura paterna se muestra ausente, manteniendo pobre relación e interacción con el consultante, quienes conviven en momentos específicos, los cuales son escasos. El consultante mantiene relación disfuncional y conflictiva con la madre, donde se evidencia ausencia de límites desde la infancia. A raíz del consumo de sustancias psicoactivas los conflictos entre el consultante y la madre se han intensificado, donde G. refiere que esta no lo comprende y no lo deja ser libre. La madre de G. desde la separación con el padre ha procurado asumir ambos roles sin embargo ha prevalecido en ella una postura permisiva ante la crianza de G., lo que de igual manera ha influido en la relación entre ambos.

***Pareja sexual:***

El consultante actualmente no cuenta con una relación afectiva (pareja), su patrón relacional suele ser inestable, quien desde la adolescencia y tras encontrarse inmerso en el consumo de alucinógenos suele cambiar constantemente de compañera sentimental.

***Condiciones ambientales:***

El contexto social es de estrato socioeconómico nivel uno ubicado en medio cultural de baja escolaridad, consumo de alucinógenos y alcohol y donde la violencia es parte de la vida diaria.

***Estímulos discriminatorios:***

La percepción del consultante de necesitar ser aprobado y aceptado por los demás, para obtener una posterior ganancia secundaria.

Su idea de no aceptar el rechazo de las personas con quienes se relaciona, ya que no se considera poco digno de amor y aceptación.

Las creencias ambivalentes y por momentos negativas del consultante frente al sí mismo y su auto concepto.

La apreciación del consultante frente al temor de fallarse a sí mismo.

Sus pensamientos de idealización o desvalorización hacia las personas con quienes interactúa.

**Formulación de hipótesis.*****Problema.***

El consultante acude a la institución para ser internado por segunda ocasión, debido a la recaída que presenta frente al consumo de cannabis y cocaína, y las alteraciones conductuales que manifiesta, las cuales se mostraban como factores que afectaban su adecuado funcionamiento dentro de la sociedad.

Se presenta con manifestaciones de irritabilidad, impulsividad, agresividad, manipulación e inestabilidad emocional y antecedentes de conductas delictivas (hurto), asociadas al consumo de alucinógenos.

Así mismo, se evidencia un discurso centrado en la necesidad de aprobación, reconocimiento e importancia de obtener ganancia secundaria por parte de los otros, donde se identifican a su vez elementos de inseguridad, bajo auto concepto y dificultad para establecer relaciones funcionales con las personas con quienes interactúa cotidianamente, observándose a su vez pobre control de impulsos, dificultades en el seguimiento de normas y establecimiento de límites, pobre empatía y comunicación poco asertiva.

El consultante refiere sus antecedentes de hurto como elemento relevante que ha acarreado diversos problemas legales y conflictos familiares con la madre.

Estas problemáticas desencadenan disfuncionalidades en el desenvolvimiento cotidiano del consultante, donde se identifica un deterioro clínicamente significativo asociado a su dificultad para afrontar los problemas de manera funcional, descontrolándose en su reacción ante los mismos, los cuales mantienen sus conductas de consumo de alucinógenos.

### ***Hipótesis.***

Como consecuencia de sus permanentes conductas impulsivas, su inestabilidad emocional y sus dificultades en el afrontamiento de situaciones generadoras de displacer y malestar el

consultante podría presentar a mediano plazo trastorno antisocial de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias; aconteciendo posibles dificultades en los diferentes entornos en los que se desenvuelve (social-familiar-laboral).

### **Análisis explicativo**

#### ***Repertorios de autocontrol:***

Presenta dificultad para regular la reacción agresiva, siendo la estrategia de afrontamiento que usa de manera más desadaptativa. Se evidencia que el consultante ante las situaciones generadoras de displacer se torna impulsivo, irritable y generalmente con conductas demandantes de atención.

Se presenta dificultad para establecer relaciones funcionales y adaptativas con los pares y demás personas con quienes se relaciona, el consultante constantemente busca implementar conductas que llamen la atención de los otros, con el objetivo de ganarse su aprobación y reconocimiento, considerando poco los derechos y necesidades de los demás, implementa relaciones de las cuales busca ganancia secundaria.

#### ***Autoconocimiento:***

El consultante logra identificar la disfuncionalidad de sus conductas, sin embargo refiere que en ocasiones no es posible controlar el placer que generan las mismas en él, identifica como irracional su necesidad de buscar aprobación y reconocimiento de los otros, por momentos en

busca de obtener beneficios personales, elevar la autoestima y ratificar el conocimiento de creer merecer todo, razón misma que contribuyó en el desencadenamiento del comportamiento de consumo de alucinógenos, tras el deseo de pertenecer a un grupo social y ser aceptado dentro del mismo. Parcialmente reconoce la agresividad e impulsividad como su principal mecanismo de acción y afrontamiento a los problemas, identifica que su baja tolerancia a la frustración lo lleva a reaccionar de manera irracional.

***Repertorios para modificar el ambiente:***

G. disminuye las salidas con frecuencia durante la noche, donde pasa de salir diariamente a solo hacerlo tres veces por semana (no fines de semana inicialmente), toma la decisión de empezar a rodearse de personas más funcionales y adaptativas dentro de su círculo social retomando amistades fuera del consumo de SPA y compañeros en la implementación de conductas de hurto. Así mismo el consultante inicia proceso de escolarización para culminar los grados faltantes (validar) y así obtener el título de bachiller, deja de lado la (venta de combustible para autos) y empieza a trabajar en una tienda dentro del municipio en el que reside. Así mismo la madre de G. decide cambiar de residencia, con el objetivo de alejarlo del núcleo disfuncional al que pertenecía. De esta manera el consultante identifica actividades adaptativas a implementar que lo hagan sentirse bien consigo mismo sin necesidad de acudir a conductas potencialmente autolesivas.

Lo anterior se identifica en sesiones posteriores al tratamiento intrahospitalario, una vez dada de alta al consultante de la institución, el cual regresa a control y seguimiento por consulta externa al mes de su alta médica.

### ***Regulación verbal del comportamiento:***

El consultante utiliza verbalizaciones relacionadas con la forma en que cree que debe ser su comportamiento con relación a los otros y a sí mismo, ejemplo: “yo sé que no es bueno esperar agradarle a los otros para seguir sintiéndome importante y que nadie me puede rechazar...” “yo se doctora que todo el mundo no me puede querer, y que mamar gallo o molestar no va a ser que todos me estén mirando todo el tiempo...” “sé que los demás también tienen derechos y que debo respetarlos... no por querer que estén pendientes de mi debo dejarlos a un lado...”

### ***Identificación de conducta:***

- a). Inicio de consumo de alucinógenos (cannabis – cocaína) para ser aceptado en un grupo social.
- b). G. reacciona de manera agresiva y descontrolada cuando no obtiene de los otros lo que quiere y necesita.
- c). Conductas impulsivas para llamar la atención, tales como hurto, consumo de SPA, relaciones sociales inestables.

d) Comportamientos de desacato a las normas como respuesta a la falta de límites desde la infancia por parte de las figuras de autoridad.

***Conducta clínicamente relevante:***

CCR2 Ante la explicación del terapeuta sobre la tendencia a actuar de manera disfuncional ante los problemas y en su relación con los otros, donde se resalta su consumo de alucinógenos, las conductas de búsqueda de aprobación y su tendencia a la impulsividad y agresividad, el consultante logra reconocer que son conductas disfuncionales que estaban perjudicando su estabilidad emocional, mental y social.

***Función explicativa:***

El consultante desde la infancia presenta en su núcleo familiar ausencia de límites, figuras de autoridad y afecto, donde prima la violencia y la disfuncionalidad en el hogar, lo que se refleja en la adolescencia en su consumo de sustancias psicoactivas, donde dicho comportamiento aparece como el principal mecanismo de acción y afrontamiento ante los problemas que son percibidos como insostenibles e irremediables; a su vez se instauran y desarrollan cogniciones y comportamientos que tienen la función de reafirmar sus sentimientos de inseguridad, y la idea de ser aprobado y aceptado por los demás, lo que de manera directa se vincula a su baja tolerancia a la frustración cuando no obtiene lo que desea llevándolo a reaccionar de manera impulsiva para lograr los beneficios que se desean.

Así mismo la irritabilidad y la impulsividad tienen la función de ayudarle a sentirse fuerte y reafirmar que los otros lo posicionaran en el lugar que desea y que de ellos obtendrá provecho y ganancia secundaria.

### **Diagnóstico diferencial:**

#### **Trastornos bipolares y Esquizofrenia:**

La presentación del Trastorno de Personalidad Antisocial puede ser transversalmente similar a un trastorno bipolar o esquizofrenia; para evitar sobre diagnosticar al consultante se debe tener en cuenta que la conducta antisocial no se presente durante el curso de un episodio psicótico o fase maniaca para el caso del trastorno bipolar. (American Psychiatric Association, 2013).

#### **Trastorno de la personalidad narcisista:**

Aunque el trastorno de la personalidad narcisista también se caracteriza por la tendencia a ser obstinados, simplistas, superficiales, explotadores y carentes de empatía, en el trastorno antisocial prima la impulsividad, agresividad y engaño, no presentándose en el antisocial tanta necesidad de admiración y envidia hacia los demás como en el caso del narcisista (APA, 2013).

**Trastorno de personalidad histriónico:**

Ambos trastornos comparten la tendencia a ser impulsivos, buscadores de sensaciones, imprudentes, seductores y manipuladores, sin embargo en el trastorno de la personalidad histriónico las emociones suelen vivirse de manera más intensa y exagerada, no participando de comportamientos antisociales de manera característica. (APA, 2013).

**Trastornos de la personalidad límite:**

Aunque el trastorno de la personalidad antisocial y el TPL se caracterizan por una conducta manipuladora, en el TPL se manipula para obtener cuidado y protección, mientras que el antisocial efectúa tal comportamiento para obtener beneficios y gratificación. En el trastorno de personalidad antisocial la agresividad resulta una conducta relevante y característica. (APA, 2013).

**Trastorno de personalidad paranoide:**

Aunque puede aparecer en el trastorno de personalidad tipo paranoide comportamientos antisociales, estos suelen estar motivados por deseos de venganza y no por el deseo de obtener beneficios personales como en el caso del trastorno antisocial. (APA, 2013).

**Trastorno por consumo de sustancias:**

Se debe tener en cuenta que la conducta antisocial y el consumo de sustancias se hayan presentado en la infancia o la adolescencia y continúen en la edad adulta para poder diagnosticar ambos trastornos, aunque algunos actos antisociales se hayan producido a consecuencia del trastorno por consumo de sustancias (ej. Venta de drogas, robo para obtener dinero para drogas). (APA, 2013).

**Impresión Diagnóstica:****301.7 (F60.2) Trastorno de la personalidad antisocial**

**A.** Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos. El consultante presenta seis criterios:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
5. Desatención imprudente de la seguridad propia y de los demás.

6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
  7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, robado, maltratado o robado a alguien.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicios antes de los 15 años.

**Presenta comorbilidad con:**

**304.30 (F12.20) Trastorno por consumo de cannabis.**

**Según la gravedad actual:** Grave

**Especificadores:** En remisión inicial- En un entorno controlado.

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. El consultante presenta 9 criterios:

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 conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o 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, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades profesionales, sociales o de ocio.
8. Se continúa el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
9. Tolerancia definida por algunos de los signos siguientes:
  - a. una necesidad de cantidades cada vez mayor de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.

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

**Según la gravedad actual:** Grave

**Especificadores:** En remisión inicial- En un entorno controlado.

A. Patrón problemático de consumo de sustancias anfetaminitas, cocaína u otros estimulantes 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 más de 6 criterios:

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 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, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades profesionales, sociales o de ocio.
8. Se continúa el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
9. Tolerancia definida por algunos de los signos siguientes:

- a. una necesidad de cantidades cada vez mayor de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de estimulantes.

**- 303.90 (F10.20) Trastorno por consumo de alcohol**

**Según la gravedad actual:** Moderado

**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 con 4 criterios:
1. Se consume el alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
  2. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
  3. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
  4. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades profesionales, sociales o de ocio.

- **301.7 (F60.2) Trastorno de la personalidad antisocial.**

- **304.30 (F12.20) Trastorno por consumo de cannabis.**

Según la gravedad actual: Grave

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

Según la gravedad actual: Grave

- **303.90 (F10.20) Trastorno por consumo de alcohol**

Según la gravedad actual: Moderado

Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado.

## **Plan de intervención**

### **Aplicación de técnicas cognitivo conductuales**

Los modelos cognitivos plantean como punto central para el desarrollo de un trastorno depresivo la interpretación errónea de los eventos que afectan al individuo, es decir, hay un sesgo en el procesamiento de la información que tiene que ver con los eventos, la interacción con el otro y el sujeto mismo, este procesamiento erróneo de los eventos repercute a su vez en procesos motivacionales y afectivos, posibilitando la aparición de sintomatología depresiva (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000; Freeman y Oster, 2007).

### **Psicoeducación.**

Explicación sobre el 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 y como estos activan el sistema emocional y comportamental de manera adaptativa o desadaptativa. (Bastida, 2018).

### **Reestructuración cognitiva**

Para (Rodríguez-Franco y Cano-García, 2001) citado por (Layron, 2016) la Reestructuración Cognitiva es una estrategia general de las terapias cognitivas, propuesta a modificar la percepción y la manera de enfrentamiento al dolor, y estresantes con el propósito de generar en el paciente estímulos para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se refleje a sí mismo y al mundo de forma más realista proponiendo ayuda al paciente para identificar la emoción de ira, ansiedad, desesperanza, entre otras y la identificación de los estilos de pensamiento disfuncionales.

### **Elaboración de autoregistros**

Técnica dirigida a la identificación y cuestionamiento de las creencias irracionales y pensamientos automáticos distorsionados relacionados con sus conductas problemáticas. Este procedimiento puede variar desde anotar en un diario sencillo, hasta el registro o clasificación puntual y sistemática de pensamientos, sentimientos, manifestaciones físicas y comportamientos específicos del paciente con el propósito de detectar, a evaluar, a discriminar, a valorar, a

anticipar y a modificar tanto nuestras respuestas como nuestros objetivos, e ir modificando gradualmente los pensamientos negativos y distorsionados por otros más saludables al igual que las emociones y comportamientos concomitantes (Bastida, 2018).

### **Diálogo socrático**

El diálogo socrático según (Freire, 2002) en logoterapia va a ser utilizado para los usos tradicionales de la psicoterapia, buscando movilizar los recursos personales frente a las afecciones que padece el organismo psicofísico y al mismo tiempo, hará énfasis en dar a luz las potencialidades de la dimensión noológica y en especial, su sentido de vida como característica propia y especial del abordaje logoterapéutico.

### **Role Playing-Imaginar metáforas**

El role Playing es una de las más utilizadas en las áreas de enseñanza que se centra en el método del individuo con el fin de intervenir en las relaciones de grupo y se trata de un proceso de co-creación que tiene por fundamento inicial la espontaneidad y creatividad para transformar grupalmente mediado por roles (Riera, 2009).

### **Entrenamiento asertivo - Evitar verbalizaciones internas catastrofistas- Psicoeducación**

Según (Pino, 2018) hay varios métodos de Entrenamiento Asertivo, a continuación mostramos un procedimiento estructurado en seis etapas:

1º Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal

2º Identificar las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos.

3º Describir las situaciones problemáticas.

4º Escribir un guion para el cambio de nuestra conducta.

5º Desarrollo del lenguaje corporal adecuado.

6º Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás.

### **Estrategias de control de la activación emocional**

Se busca mediante la aplicación de técnicas de relajación (respiración diafragmática-visualización) que el consultante aprenda a controlar los impulsos que se desencadenan ante experiencias que resultan displacenteras, donde a su vez se implementa la técnica de la desviación de la atención como mecanismo para regular la activación de emocional, favoreciendo a su vez un afrontamiento adecuado ante situaciones que se identifican como disfuncionales. (psicoterapiaasal, 2019).

### **Imaginación como estrategia de coping- Técnica conductual “actuar como si”-repetición de metas**

Estos recursos pueden ser positivos al permitirles afrontar las demandas de forma adecuada, o negativos, y perjudicar su bienestar biopsicosocial. Para (Londoño, Lopez, & Huerta, 2006) la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) incluye catorce estrategias de afrontamiento, búsqueda de alternativas que son el, conformismo, control emocional, evitación emocional, evitación comportamental, evitación cognitiva, reacción

agresiva, expresión emocional abierta, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, y religión.

Teniendo en cuenta la disfuncionalidad del consultante en el afrontamiento de situaciones que son visualizadas e interpretadas por el mismo de manera negativa, se trabajan técnicas orientadas a modificar los patrones de comportamientos asociados al afrontamiento de dichas vivencias, se entrena al consultante en el uso de la imaginación, donde se representen situaciones alternas a las vividas que sean adaptativas, donde a su vez se promueve el desarrollo de conductas deseadas, y se refuerzan las metas que se desean alcanzar para aumentar la autoeficacia y favorecer las formas de enfrentar los momentos de forma funcional. (Londoño, Lopez, & Huerta, 2006).

### **Técnicas de control de estímulos- programación de actividades-exposición graduada.**

Las técnicas de exposición según (Lopez & Grau, 2011) consisten en afrontar, de forma sistemática y deliberada, situaciones como abordar el bus, hablar en público, recibir críticas, comer alimentos “prohibidos”, ver, tocar y oler la bebida alcohólica preferida o estímulos internos las sensación de desmayarse, miedo a tener una enfermedad, preocupaciones, obsesiones que generan ansiedad y otras emociones negativas que provocan el impulso de realizar una acción determinada como lavarse las manos compulsivamente, vomitar, beber entre otras afrontando el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan y que se compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren.

Mediante la implementación de las técnicas antes mencionadas se orienta al consultante en la implementación de conductas que favorezcan la disminución del consumo de alucinógenos, donde se pretende que este desarrolle patrones de comportamiento funcionales que estén direccionados a promover la salud realizando actividades alternas que des focalicen la atención que recae sobre el consumo de SPA.

### **Entrenamiento en Habilidades Sociales (Ensayo de la conducta-Reforzamiento y Retroalimentación)- Técnica de conceptualización alternativa**

#### **Modelado**

Consiste en que una persona dirija las conductas objeto del entrenamiento, emita de forma adecuada la presencia de personas que van a ser entrenados y esta ejecución sea reforzada y debe mostrar una actitud amistosa y cercana al observador. Su actitud ha de ir seguida de consecuencias positivas, es importante que se empleen varios modelos (Cadah, 2012) citado por (Caballo V. , 2007).

#### **Ensayo conductual**

Consiste en practicar masivamente las conductas que son objeto de intervención para valorarlas y en consecuencia reforzarlas o no inmediatamente. El ensayo conductual se puede realizar de forma real o encubierta (Cadah, 2012) citado por (Caballo V. , 2007).

#### **Retroalimentación y moldeado**

En realidad es parte inseparable del ensayo, suele realizarse inmediatamente después, o incluso de forma simultánea, ya que consiste en proporcionar información al sujeto del grado de competencia que ha mostrado en la ejecución de las HHSS para que este pueda perfeccionarlas. Ha de llevarse a cabo de forma inmediata al ensayo conductual y debe centrarse en las conductas objetivo sobre las que el sujeto tiene control (Cadah, 2012) citado por (Caballo V. , 2007)

### **Reforzamiento**

Se trata de proporcionar consecuencias positivas al sujeto cuando éste haya emitido las conductas adecuadas o ha realizado alguna de las aproximaciones que se desea fortalecer. Según el tipo de reforzadores utilizados puede haber reforzamiento verbal y reforzamiento material.

Debe aplicarse de forma inmediata y contingente al comportamiento. Los refuerzos que se apliquen han de ser funcionalmente válidos, esto es, que sean importantes para los sujetos, adecuados a la situación (Cadah, 2012) citado por (Caballo V. , 2007).

### **Generalización de las Habilidades Sociales**

Consiste en asegurar que las HHSS aprendidas en las sesiones se apliquen en situaciones distintas a aquellas en las que se produjo el entrenamiento. Es imprescindible seguir aplicando los entrenamientos, repitiendo de forma masiva los ensayos en diferentes situaciones y con diferentes personas, tanto en el contexto del entrenamiento como en situaciones reales (Cadah, 2012) citado por (Caballo V. , 2007).

### **Técnicas de reestructuración cognitiva**

Consiste en concienciarse de la importancia que tienen las creencias en nosotros, que cuando son irracionales saltan en forma de pensamientos automáticos ante cualquier estímulo problemático y nos hace sentir mal. Hacer conscientes, por medio de auto-registros, analizar estos pensamientos para detectar a que idea irracional corresponde cada uno de ellos (Cadah, 2012) citado por (Caballo V. , 2007).

### **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. Se dialoga frente a, la importancia de continuar practicando lo aprendido y el modo de actuar frente a posibles recaídas. Así mismo se orienta al consultante en el establecimiento de patrones de conducta adaptativos que favorezcan la calidad de vida y el sentido de la misma. Apuntando hacia la adherencia al tratamiento y a la modificación de conductas que puedan afectar el proceso de mejoría una vez dada de alta el consultante. Se realiza pruebas pos test para verificar la posible evolución (Cadah, 2012) citado por (Caballo V. , 2007).

## Resultados

Tras trece 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).

Los resultados de esta fase se obtienen luego de tomar a consideración 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 301.7 (F60.2) *Trastorno de la personalidad antisocial Presenta comorbilidad con: 304.30 (F12.20) Trastorno por consumo de cannabis. Según la gravedad actual: Grave Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado. 304.20 (F14.20) Trastorno por consumo de estimulantes – Cocaína Según la gravedad actual: Grave Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado. 303.90 (F10.20) Trastorno por consumo de alcohol Según la gravedad actual: Moderado Especificadores: En remisión inicial- En un entorno controlado.* Así como también se definen las problemáticas asociadas a los trastornos como son el pobre control de impulsos, Pobres estrategias de afrontamiento, conductas tendientes a la búsqueda de aprobación y obtención de ganancia secundaria, baja tolerancia a la frustración, Conductas de manipulación, Dificultad para el manejo y control de la etapa de mantenimiento sin consumo de sustancias alucinógenas.

Desde el proceso de evaluación clínica pre tratamiento tuvo prevalencia el papel activo del consultante, de tal forma que tuviera la oportunidad de construir un espacio, sin juicios o presiones, donde experimentara tranquilidad para expresarse y ser tal cual era; esto permitió sentar desde el inicio las bases de un rapport que diera lugar a la aceptación y empatía entre la terapeuta y el consultante y como consecuencia se estableciera una alianza terapéutica consistente durante las fases posteriores.

### **Resultados del proceso de intervención**

Partiendo de las problemáticas identificadas e intervenidas para el presente estudio de caso único, se puede afirmar que el tratamiento se adaptó favorablemente y fue efectivo en cuanto a los resultados logrados.

A través de la psicoeducación y las técnicas propuestas por la terapia cognitiva de Beck, tales como Reestructuración cognitiva (Dialogo socrático), Auto-registro el consultante logró hacer consciencia de distorsiones cognitivas como la Sobre generalización, la Visión en forma de túnel, Pensamiento de tipo todo o nada; de Ideas irracionales como la necesidad de aprobación, Reacción a la frustración .Con base en ello, 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.

Con el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, a través de técnicas Técnica de Role – Playing, Técnicas basadas en la imaginación (imaginar metáforas), se consiguió que el consultante haga consciente su necesidad permanente de reconocimiento y aprobación por parte de los otros, comprendiendo la disfuncionalidad de dicha creencia, quien refiere *“yo sé que no es bueno porque el día que eso no pase sé que me voy a sentir mal...”*.

A pesar del malestar que refiere en sesión reporta que sabe que es normal que en algunos momentos no va a tener el reconocimiento de otras personas y que no siempre debe hacer cosas para ganárselo. Como resultado de este entrenamiento, logró considerar y emplear de manera funcional estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social y profesional. Se percibe en el consultante mayor consciencia frente a las conductas que implementa en sus relaciones con los otros, sin embargo este verbaliza *“yo siento que he cambiado doctora pero cuando a veces me pasan cosas todavía dudo en lo que tengo que hacer... me sigue dando como miedo...”*

Otro resultado referido por el consultante, tras el Entrenamiento en Habilidades Sociales (Ensayo de la conducta-Reforzamiento y Retroalimentación) ,la Técnica de conceptualización alternativa es la muestra de claridad frente a lo que desea en el área familiar, escolar y ocio, sin embargo en cuanto al sí mismo se continua evidenciando cierto grado de inestabilidad, por lo que se hace necesario ser más directivo con el paciente para que este logre ser más puntual en cuanto a los cambios que desea observar en su propia conducta.

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

Durante el proceso de terapia se analizaban permanentemente los cambios de conducta en el consultante las tendencias de impulsividad iniciando el proceso, así como la hostilidad y comunicación por momentos agresiva que era evocada por el consultante. De igual manera se analizan las interpretaciones negativas y sesgadas del mismo frente a la realidad y se observa como esto fluctúa luego que se da inicio al proceso terapéutico y da paso a que el consultante flexibilice dichos pensamientos, comportamientos y emociones. Así como también se hace hincapié en la observación de las actitudes demandantes de atención del mismo las cuales se van modificando al implementar técnicas como el role Playing y reestructuración cognitiva; lo que denota una implementación más funcional de los mecanismos de afrontamiento que se ponen en marcha ante determinados eventos, a través de los autoregistros y las discusiones cognitivas que daban cuenta de su evolución; una vez se finaliza el proceso de intervención, se realiza una evaluación clínica post tratamiento en la que se tiene en cuenta su percepción acerca del mismo, la descripción de su estado emocional donde se observa que la ansiedad del consultante ante el consumo disminuye satisfactoriamente, la cual empieza a notarse luego que el mismo culmina su fase de desintoxicación e inicia intervención individual, se observa menos irritable e impulsivo, el afecto se percibe más modulado y tendiente a la eutimia., los posibles cambios en su estilo de vida como una mayor asertividad en su comunicación, quien posterior al abordaje que se realiza sobre el control de impulsos se muestra con mayor capacidad para regular las emociones que se activan ante la presencia de situaciones displacenteras, optando por la implementación de estrategias de afrontamiento más funcionales ante situaciones conflictivas como la búsqueda de apoyo profesional y la escritura terapéutica, durante la hospitalización las autolesiones no se

presentan como conducta dominante. Se percibe al consultante menos hostil, menos demandante de atención y más motivado dentro del proceso, con mayor autocuidado y capacidad en su proceso de toma de decisiones.

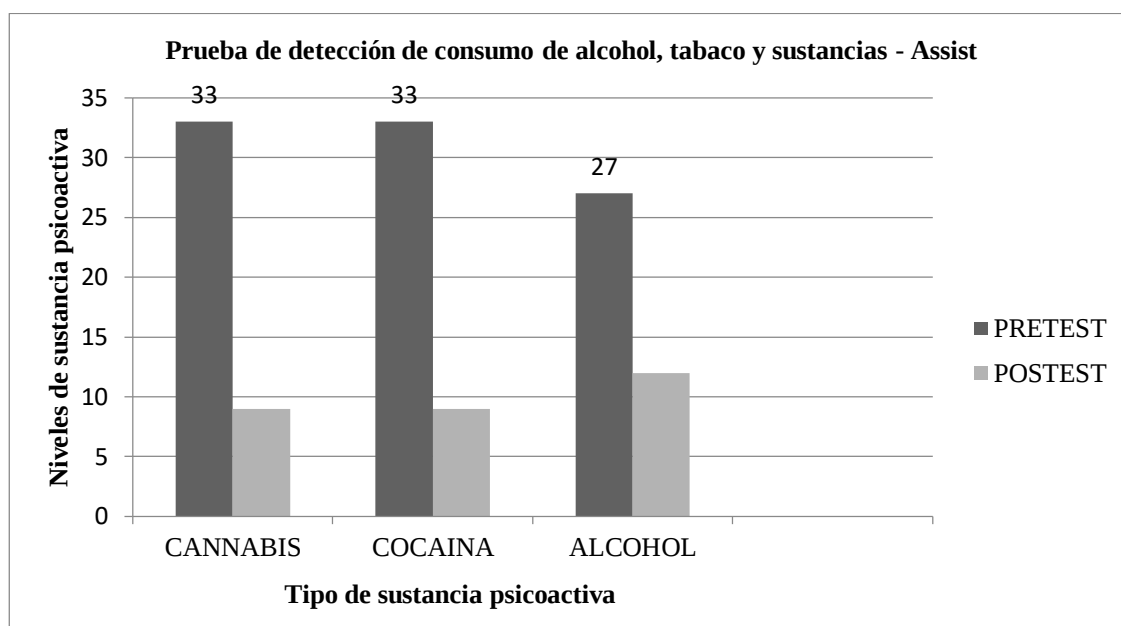
En efecto, la evaluación clínica pos tratamiento da cuenta de que el consultante mejoró su dificultad para afrontar las situaciones estresantes como la desaprobación de las personas con quienes interactúa, las dificultades para obtener las cosas que desea, lo que lo lleva a sentirse frustrado, los conflictos relacionales con la madre y los pares que pueden indicar posibilidad de recaída como lo son las salidas con frecuencia durante la noche, empezar a rodearse nuevamente de malas amistades, no tener ninguna ocupación u oficio, dedicar mucho tiempo a las redes sociales, pensar que no se es bueno para nada, que está aburrido o que necesita estar rodeado de gente para sentirse bien.

De igual manera identifica como agentes de ayuda a la madre, el Hospital del municipio de Maicao, La Guajira, y los teléfonos de la institución.

### **Resultados de la evaluación psicométrica.**

Para corroborar la hipótesis diagnóstica se aplican la Prueba De Detección De Consumo De Alcohol, Tabaco Y Sustancias – (Assist), el Inventario clínico Multiaxial de Millon II, (MCMI-II), y la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (ECC-M). Los resultados obtenidos en la evaluación PRE y POS en cada uno de los instrumentos se describen a continuación:

***Prueba De Detección De Consumo De Alcohol, Tabaco Y Sustancias – (Assist)***



*Figura 2. Resultados pre y pos 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 comparar los cambios significativos del pre test y el pos test aplicado al consultante, como puede observarse en las figuras, el pre test, arrojó una puntuación de 33 para cannabis, 33 para cocaína y 27 para alcohol lo que sugiere que el consultante tiene un alto riesgo de dependencia de las sustancias antes mencionadas y es probable que este a futuro comience a experimentar problemas de salud, sociales, legales y problemas de relación como resultado de su abuso de sustancias psicoactivas, sin embargo el proceso de intervención con el consultante desde el TCC permitió que se logaran cambios significativos como lo podemos evidenciar en los resultados arrojados en el pos test.

***Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).***

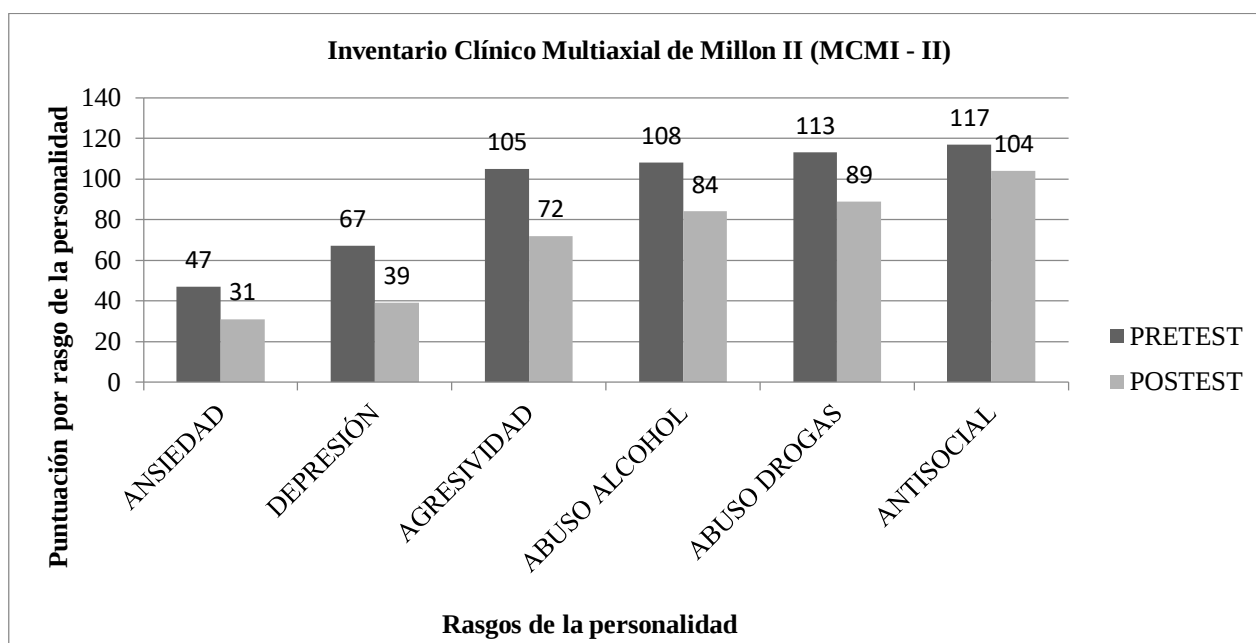


Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario clínico Multiaxial de Millon-II.

El siguiente análisis de resultados se hace con el fin de comparar los cambios que se presentan dentro del pre test y el pos test aplicado al consultante, como puede observarse en la figura dos, el pre test, describió alteraciones de gravedad en el tipo de personalidad antisocial, así como también alteraciones en lo que concierne al trastorno depresivo, ansioso, agresividad, consumo de alcohol y consumo de drogas. Por su parte las escalas que presentaron cambios en el pos test fueron: agresividad con una TB de 105, pasó a una TB de 72, este indicador es positivo en cuanto que representaba uno de los problemas más significativos para el consultante; el trastorno de ansiedad mostró una disminución pasando de una TB de 47 a TB de 31; en la escala de abuso de alcohol puntuó en el pre test una TB de 108 y bajó a 84; el abuso de drogas paso de una TB de 113 a 89, finalmente la escala de depresión marcó en el pre test un TB de 67 y bajó a 39.

### ***Escala de Estrategias de Coping (EEC-M).***

El propósito del siguiente análisis es integrar y comparar los resultados de las pruebas pre test y pos test de la Escala de Estrategias de Coping –Modificada (EEC-M) y determinar la evolución del consultante en tres meses de intervención, según los resultados de cada aplicación se observa una evolución significativa en el uso de estrategias de afrontamiento como solución de problema, espera, religión, búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, reevaluación positiva y negación. Así como una notable disminución del uso de las estrategias de reacción agresiva y la espera.

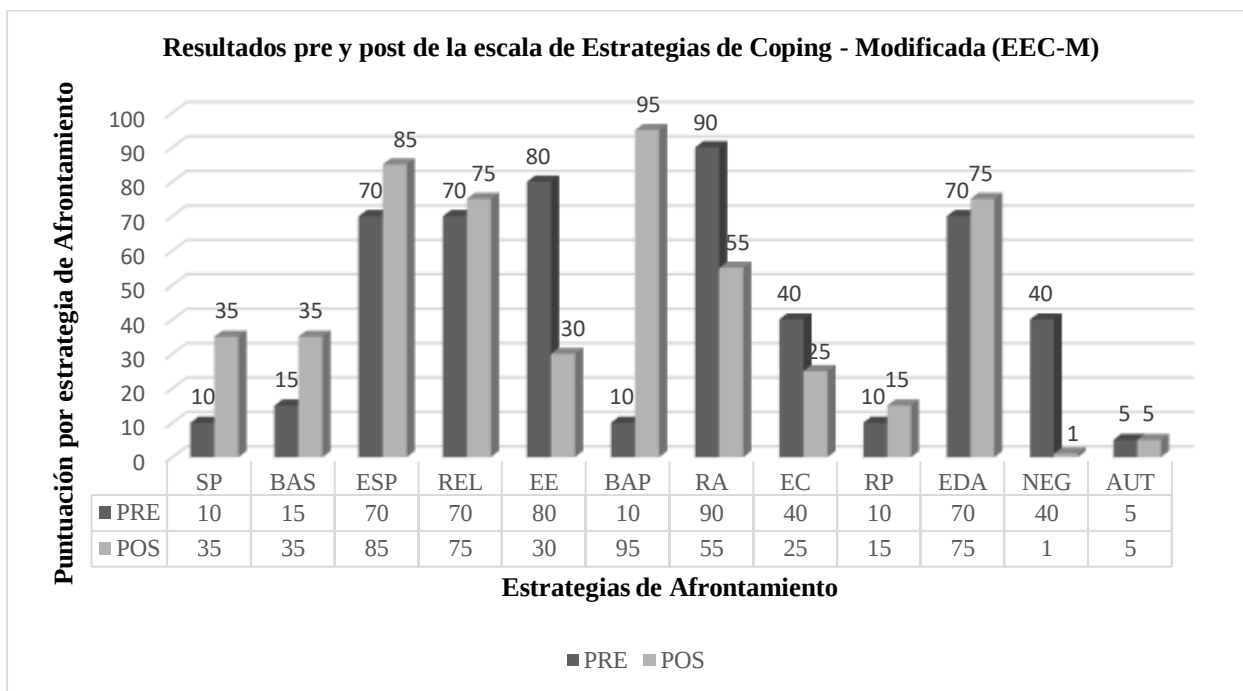


Figura 4. Resultados pre y pos tratamiento de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M)  
 Nota: \* SP: Solución de problemas; BAS: Búsqueda de apoyo social; ESP: Espera; REL: Religiosidad; EE: Evitación cognitiva; BAP: Búsqueda de apoyo profesional; RA: Reacción agresiva; EC: Evitación cognitiva; EDA: Expresión de la dificultad de afrontamiento; RP: Reevaluación positiva; NEG: Negatividad; AUT: Autonomía\*.

Teniendo en cuenta los datos arrojados por el pre y el pos test es posible mencionar que el dato más significativo se evidencia en el factor de reacción agresiva el cual, apuntaba en el pre test dentro del rango de la media poblacional con 90 y en el post test bajó a 55 puntos, entrando en el rango de la curva de normalidad, lo que representa una evolución positiva en el proceso del consultante. Así mismo se observa que el consultante ahora utiliza la espera y la búsqueda de apoyo profesional, como estrategias para disminuir la impulsividad y el malestar que se genera en él ante situaciones que le generan estrés.

La solución de problemas y la búsqueda de apoyo social se mantienen como estrategias menos usadas, sin embargo se nota una variación en sus porcentajes, evidenciándose un aumento en ambas, las cuales al constituirse como estrategias funcionales aportan con su incremento en la puntuación al proceso en el que se encuentra inmerso el consultante, pese a no alcanzar una puntuación completamente significativa; por otro lado está el caso del factor de la religiosidad, el cual tanto en el pre como el pos-test muestra una puntuación relevante como estrategia usada de manera frecuente. Se menciona de igual manera que en el ítem expresión de la dificultad de afrontamiento se observa un incremento en la puntuación lo que permite inferir que para el consultante fue factible modular y regular sus reacciones ante los estímulos externos, disminuyendo su tendencias agresivas y siendo más asertivo en la forma de evocar el malestar que se generaba ante ciertos eventos. Se resalta a su vez que los ítems evitación cognitiva y evitación emocional muestran una disminución en su puntuación, lo que denota incremento en la capacidad del consultante para afrontar situaciones displacenteras.

Las anteriores evidencias, dan cuenta, como la adherencia al tratamiento, el seguimiento oportuno y la relación lograda entre el participante y la terapeuta, conllevó a que el consultante finalice un proceso terapéutico con la percepción de sentirse más conforme consigo mismo y su

familia, con nuevos aprendizajes sobre sus propias creencias y conductas, así como de técnicas para reestructurar nuevas creencias irracionales; logró aceptar que sus reacciones agresivas y conductas potencialmente autodestructivas eran disfuncionales y consiguió reemplazarlas por otras estrategias de afrontamiento que disminuyó la impulsividad y la comorbilidad con los trastornos de abuso de sustancias.

## Discusión

A partir de los resultados del presente estudio se puede postular que el tratamiento desde el modelo cognitivo conductual es favorable para ayudar a minimizar problemáticas asociadas al trastorno antisocial de la personalidad, quedando demostrado que la implementación de técnicas enfocadas que se centran directa y primariamente, aunque no exclusivamente, en las cogniciones verbales y/o en imágenes de los clientes para modificar estas emociones y conductas que la regulan. Según (Bados & García, 2010).

En lo que concierne al tratamiento para el trastorno antisocial de la personalidad no son muchos los estudios que pueden avalar estos hallazgos, sin embargo, la literatura científica y académica afirma que, aunque falta mayor evidencia empírica y por lo tanto existe una dificultad a la hora de determinar la eficacia de los tratamientos para los trastornos de personalidad (Navarro-Leis y López, 2013), el tratamiento cognitivo conductual (TCC), es el que ha logrado demostrar mejores hallazgos para abordar este tipo de trastornos, además de la terapia dialéctica conductual, cuya eficacia ha sido demostrada especialmente para reducir sintomatología de pacientes con TAP (Quiroga y Errasti, 2001), (Davidson, 2000). Investigaciones realizadas por Caballo (2014) apoyan estas afirmaciones y agregan que, ante la falta de acuerdos sobre la efectividad de los tratamientos, el plan de intervención más adecuado, se selecciona determinando las características particulares que presenta el consultante y de esta manera adaptarlo de la mejor manera posible.

Así pues, el presente estudio escogió un plan de tratamiento cognitivo conductual para el consultante *G.E.J.P* basado en técnicas de reestructuración cognitiva y entrenamiento en

estrategias de afrontamiento, en las que se incluyen, los diálogos socráticos Auto-registro Reconocimiento de un continuo, Planteamiento de situaciones hipotéticas Técnica de Role – Playing, Técnicas basadas en la imaginación (imaginar metáforas), auto instrucciones y psicoeducación .

Este proceso de intervención tuvo una duración de tres meses y luego de la comparación de pruebas pre y pos, el estudio de caso, logró demostrar la corroboración de la hipótesis en cuanto que un cambio en las distorsiones cognitivas del consultante específicas del TAP, derivó en una reducción significativa de la sintomatología impulsiva como el pobre control de impulsos ,de estrategias de afrontamiento, conductas tendientes a la búsqueda de aprobación y obtención de ganancia secundaria, baja tolerancia a la frustración, conductas de manipulación, esto según lo que exponen (Bados & García, 2010) donde explican la modificación de conductas y regulación de emociones tras reestructurar las distorsiones cognitivas; por otra parte, se puede evidenciar que el tratamiento ayudó a reducir la sintomatología comórbida que presentaba con trastorno de consumo de spa.

Para confirmar la efectividad de las técnicas del enfoque cognitivo conductual utilizadas en el presente caso, se puede hacer referencia en lo que respecta al tratamiento en donde están incluidas diversas teorías entre las cuales, la terapia Cognitiva de Beck y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento (Coping), se explica como el resultado de la interpretación de la realidad y de los contenidos de los esquemas del pensamiento, es decir, como dice Fernández-Álvarez (2005), no reaccionamos a la realidad exterior, sino a la realidad subjetiva creada por los procesos cognitivos. Es obvio suponer que, dentro de esta concepción, los trastornos son vistos

como una representación errónea de realidad, y las consecuentes reacciones conductuales a estas representaciones. Es por esto que el TCC se centra en ayudar a las personas a conectar los pensamientos, sentimientos y sus conductas de manera funcional. En principio se diseñó para sintomatología depresiva y ha tenido modificaciones para poder tratar los trastornos de personalidad.

Dentro de este marco y para la intervención de problemáticas asociadas al Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), la terapia cognitiva de Aarón Beck, refiere que es posible lograr cambios en los afectos y la conducta de los pacientes por medio de un proceso de evaluación y puesta a prueba de sus creencias básicas acerca de zonas problemáticas clave. Además supone que las cogniciones, los afectos y la conducta reflejan esquemas o reglas subyacentes. Los esquemas disfuncionales pueden estar relacionados con problemas del desarrollo psicosocial, que es necesario abordar para que se produzca una mejoría duradera (Freeman, 1986). En lugar de tratar de erigir una mejor estructura moral por medio de 3 a inducción de afectos tales como la ansiedad o la vergüenza, la terapia cognitiva del TAP puede concebirse como una mejora de la conducta moral y social por medio de la mejora de las funciones cognitivas. Aprovechando en términos generales las principales teorías sobre el desarrollo moral de hombres y mujeres (Kohlberg, 1984; Gilligan, 1982) y sobre el desarrollo psicosocial (Erikson, 1951), proponemos que el tratamiento se base en las estrategias de Kagan (1986) para fomentar el crecimiento cognitivo. Esto supone cultivar la transición desde las operaciones concretas y la autodeterminación a las operaciones cognitivas más formales del pensamiento abstracto y la consideración interpersonal. Se entiende que el funcionamiento moral

es sólo una dimensión del contexto más amplio de la epistemología o de los modos de pensar y conocer.

Con referencia a las estrategias de afrontamiento, Cassaretto (2009), refiere que, en los últimos años, la comunidad científica ha despertado gran interés en su estudio, dado que representa un conjunto de habilidades de adaptación y pueden ser determinantes en la salud mental de las personas. Se describen diferentes tipos de estrategias de afrontamiento: las estrategias de resolución de problemas, las cuales están dirigidas a controlar el problema que está causando el malestar; las estrategias de regulación emocional, las cuales buscan regular la respuesta emocional ante el problema como tal; y las que intentan modificar la evaluación inicial de la situación (Lazarus & Folkman, 1986; Fernández – Abascal & Palmero, 1999). Cada persona tiene un estilo o tendencia relativamente estable para afrontar las situaciones de estrés y las dificultades; este se determina por la tendencia a usar unos u otros tipos de estrategias de manera activa, pasiva o evitativa. (Fernández - Abascal & Palmero, 1999).

En cuanto a los estudios realizados, se encuentra la Escala de Estrategias Coping – Modificada (EEC-M) elaborada y adaptada a una población adulta colombiana, por Londoño et al (2006), en la que describe doce estrategias de afrontamiento al estrés de tipo cognitivo y comportamental: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía.

## Conclusiones

Se logró cumplir con los objetivos, general y específicos del estudio de caso único, en cuanto se realizó una evaluación clínica y psicométrica que permitió la identificación de un diagnóstico acorde a la sintomatología presentada, a partir del cual se planteó un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual que, según la evaluación pos-tratamiento, resultó efectivo para la satisfacción de las problemáticas del consultante.

Al respecto de los objetivos terapéuticos se lograron cumplir favorablemente a través de la aplicación de distintas técnicas derivadas de la terapia cognitiva de Beck, y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento. De esta forma, el consultante y su familia lograron una relación más cercana y afectiva. Así mismo, se evidenció el uso de búsqueda de apoyo social y profesional y por lo tanto una disminución significativa de conductas potencialmente auto lesivas como el consumo de SPA.

Se considera que las técnicas de reestructuración cognitiva y las técnicas de regulación emocional y control de impulsos, fueron clave dentro del proceso que se desarrolló para la disminución del consumo de sustancias, las cuales acompañadas de la internación u hospitalización contribuyeron a que el consultante manejara de manera funcional los esquemas que activaban emociones y conductas disfuncionales direccionadas a dicho problema; lo anterior de la mano con el abordaje en estrategias de afrontamiento fueron piezas fundamentales para que el individuo se focalizara en una reacción más adaptativa ante los eventos externos que le generaban ansias de consumo.

En lo concerniente con la selección del plan de tratamiento más funcional y eficaz para intervenir problemáticas asociadas al TAP, y ante la reducida evidencia empírica, es clave que se realice dicha selección basada en las características particulares del tratante y sus problemáticas.

Los factores psicosociales y socioeconómicos representan determinantes en el tratamiento de personas con TAP, ya que comprender la correlación de antecedentes de invalidación emocional, familias disfuncionales y contextos de pobreza, permite una intervención efectiva en cuanto que se considera la necesidad de establecer como objetivo terapéutico que el consultante consiga auto gestionarse y contrarrestar su propio medio.

Unido a lo anterior, es fundamental el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, dado que brindan a la persona con TAP y consumo de SPA, un conjunto de recursos de carácter cognitivo conductual orientados a resolver el problema, disminuir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación, el fin es el aprendizaje de estrategias para afrontar las dificultades y las situaciones que le generan niveles de estrés.

Los trastornos de personalidad tienen una alta prevalencia en Colombia, siendo el TAP el más frecuente, por tal motivo, se debe prestar atención especial al fortalecimiento y diseño de programas de salud pública en donde se propenda por la prevención y/o atención de factores psicosociales determinantes de TAP y trastornos de personalidad en general, especialmente en poblaciones en condiciones de pobreza. Así como la necesidad de realizar nuevos estudios de tratamientos para abordar el TAP que permitan generalizar recomendaciones para futuros casos.

De esta manera, se puede concluir que el tratamiento cognitivo conductual, es eficaz para aumentar las estrategias de afrontamiento, disminuir las creencias irracionales y por ende las conductas disfuncionales características de las problemáticas asociadas al TAP comórbido con el Trastorno por consumo de cannabis.

## **Recomendaciones**

Se recomienda al consultante atención de seguimiento mensualmente después de terminado el tratamiento para ayudar a mantener los logros alcanzados a largo plazo.

Es imprescindible que el consultante continúe con la práctica y la implementación de las estrategias de afrontamiento aprendidas para asegurar el mantenimiento de los cambios, donde se incluye la programación y desarrollo de rutinas trabajadas en sesión, que no detonen situaciones de estrés.

Se invita al consultante a que acuda a atención psicológica siempre que sienta que sus capacidades de control se están desbordando o que se sienta desorientado frente a la forma de afrontar asertivamente una situación, de manera que recuerde alguna de las estrategias trabajadas o aprenda nuevas estrategias de afrontamiento, evitando así llegar a conductas agresivas o autolesivas.

Por último, se recomienda al consultante que participe de espacios de tipo religioso, con el fin de fortalecer sus redes de apoyo social y a su vez cultivar la dimensión espiritual dado que representó un recurso positivo para afrontar la inestabilidad emocional y el deseo de acudir a actividades potencialmente autodestructivas como medidas de evitación cognitiva y emocionales.

Como recomendación general para futuras intervenciones de problemáticas asociadas al TAP, se recomienda implementar un plan de intervención donde el consultante pueda desempeñar un

rol activo desde la fase inicial y durante todo el proceso, su diseño se realice con base en las características propias del mismo, se tengan en cuenta factores del contexto tales como las condiciones socioeconómicas y factores psicosociales, las técnicas se enfoquen en el aprendizaje de creencias racionales para la prevención de recaídas y se realice seguimiento hasta dos años después de finalizada la intervención para verificar la efectividad del mismo en el tiempo.

Finalmente respecto a posteriores abordajes e intervenciones terapéuticas frente al consumo de SPA se considera relevante añadir al plan de tratamiento factores relacionados a la promoción de hábitos de vida saludable (actividad física-nutrición), donde se trabajará sobre la reeducación en el patrón de alimentación y el fortalecimiento de la importancia del ejercicio como estrategia funcional en la regulación emocional ante los deseos vehementes de consumo de SPA que puedan presentarse en el consultante una vez culminado el tratamiento, lo anterior tiene como objetivo que el consultante fortalezca su autocuidado y emplee herramientas que se conviertan en fuente principal ante la prevención de recaídas. A su vez se considera que la asistencia a grupos de apoyo puede constituir un elemento relevante en dicho proceso, donde de igual manera el fortalecimiento en habilidades ocupacionales actuará como agente que potencie el adecuado uso de tiempo libre, la canalización de emociones, la independencia y autonomía del mismo.

## Referencias

- Aiken, L. R. (2003). Evaluación de la personalidad: Orígenes, aplicaciones y problemas. En L. Aiken, Tests psicológicos y evaluación (pp. 313-341). México: Universidad de Pepperdine: Bibliotecas Landivarianas. Recuperado de [http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests\\_p/14.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/14.pdf)
- Alcazar, M. A., Verdejo-García, A., Bouso-Saiz, J. C., & Bezos-Saldaña, L. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. Revista de Neurología.
- Alonso, B. M. (2014). Trastorno disocial y DSM-5 : cambios y nuevos retos. Revista iberoamericana de psicopatología, 110, 53-57. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803005.pdf>
- Alsina, J. (2002). Modelos de estructura y dinámica científica en la medicina hipocrática. ILUIL, 25, 5-16. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/266200.pdf> DeEstructuraYDinamicaCientificaEnLaMedicina-266200.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Editorial Médica Panamericana. Recuperado de <http://drive.google.com/file/d/0ByBzHDu1J9YkLVkyV2NBNGZwc2c/view?pli=1>
- Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>.
- Bastida, A. (2018). a nivel psicológico: autoregistros. Recuperado el 2019, de <https://www.psicologia-online.com/estres-y-ansiedad-autorregistros-2343.html>
- Becerra, J. (2010). Actividad de los sistemas de aproximación e inhibición conductual y psicopatología. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 6, 61-65. Recuperado de [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_6\\_esp\\_61-65.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_61-65.pdf)

- Besteiro, J., Lemos, S., Muñiz, J., García, E. Álvarez, M. (2007). Dimensiones de los trastornos de personalidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 295-306. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-221.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-221.pdf)
- Betancur, C. (2010). Persona y máscara. *Praxis Filosófica*, 30, 127-143. Recuperado de [http://praxis.univalle.edu.co/numeros/n30/PraxisFilosofica30\\_MCBetancur.pdf](http://praxis.univalle.edu.co/numeros/n30/PraxisFilosofica30_MCBetancur.pdf)
- Blanco, C., y Moreno, P. (2007). Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon (M). *Psiquiatría.com*, 10(M), 1-21. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/258/243/>
- Blitz, C., Wolff, N., & Pogorzelski, W. (2005). Gender specific behavioral health and community release patterns among New Jersey prison inmates: Implications for treatment and community reentry. *American Journal of Public Health*.
- Caballo, V. (2007). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: España editores S.A.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad : descripción, evaluación y tratamiento. Síntesis*. Recuperado de <http://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-trastornos-de-la-personalidad.-Descripción-evaluación-y-tratamiento-ebook.pdf>
- Calvo, K. (2004). Psicología fenomenológica. Un análisis existencial de la alucinación desde Maurice Merleau-Ponty. *Δαιμόν*. *Revista de Filosofía*, 32, 117-130. Recuperado de <http://www.ugr.es/~filosofia/terapia/ENLACES/Textos/PsicologiafenomenologicaMerleauPonty.pdf>
- Cañate, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*, 121-127.

- Colombiana de Salud S.A. (2014). Guía de manejo para trastornos de personalidad CIE -10 F60X. Guía clínica para manejo de trastornos de personalidad, 00, 1-48. Recuperado de [http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS\\_ATENCION\\_PSICOLOGIA/GUIA TRASTORNO PERSONALIDAD 2014.pdf](http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_ATENCION_PSICOLOGIA/GUIA_TRASTORNO_PERSONALIDAD_2014.pdf)
- Duro, A., Sánchez, L., Nuñez, J., Benito, R., y Celorio G. (1964). Tratamientos en la psiquiatría del siglo XX. Recuperado de <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/3fea1ea3-5c50-4957-abaf-a1a4cd038e91/88ae5efb-1d7d-4c9e-8354-ca2d48cb4f51/88ae5efb-1d7d-4c9e-8354-ca2d48cb4f51.pdf>
- Echavarría, M. (2010). De la psicología contemporánea de la personalidad a la metafísica tomista de la persona. *Espíritu* LIX, 139, 207-247. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4099095.pdf>
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2011). Artículo especial la personalidad en el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatría* 2011, 39(1), 1-11. Recuperado a partir de <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/AEP.pdf>
- Estrach, N. (1992). El sujeto escindido de J. Lacan. Recuperado de <http://www.ub.edu/demoment/>
- Farrington, D. (2005). Childhood origins of antisocial behavior.
- Felipe, E., y Avila, A. (2002). Los perfiles interpersonales: aspectos clínicos del Circumplex Interpersonal de Wiggins. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 19-34. Recuperado a partir de [http://www.aepcp.net/arc/02.2002\(1\).Felipe-Avila.pdf](http://www.aepcp.net/arc/02.2002(1).Felipe-Avila.pdf)

- Fernández, J. (1999). Las estrategias para afrontar el estrés y la competencia percibida: influencias sobre la salud. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y Salud* (pp. 285-297). Barcelona: Ariel Psicología.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica Ltda. Santafé de Bogotá, D. C. Recuperado de <https://patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>
- Freidin, E., y Mustaca, A. (2001). Kandel y sus aportes teóricos a la psicología y a la psiquiatría. *Medicina*, 61(6), 898-902. Recuperado a partir de <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol61-01/6/kandel.htm>
- Freire, J. B. (2002) *El humanismo en la Logoterapia de Viktor Frankl*. Navarra. Ed. EUNSA.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Recuperado de [http://www.dfpd.edu.uy/ifd/rocha/m\\_apoyo/2/sig\\_freud\\_el\\_malestar\\_cult.pdf](http://www.dfpd.edu.uy/ifd/rocha/m_apoyo/2/sig_freud_el_malestar_cult.pdf)
- Gabalda, I. (2006). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck. *Reflexiones críticas*. *Boletín de Psicología*, 109, 19-49. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>
- Galech, J. (2010). *Astrología y medicina para todos los públicos: las polémicas entre Benito Feijoo, Diego de Torres y Martín Martínez y la popularización de la ciencia en la España del siglo XVIII* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España). Recuperada de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/32075>
- Gallardo-Pujol, D., Forero, C., Maydeu-Olivares, A., y Andrés-Pueyo, A. (2009). *Desarrollo del comportamiento antisocial: Factores psicobiológicos, ambientales e interacciones*

- genotipo-ambiente. *Revista de Neurología*, 48(4), 191-198. Recuperado de [http://www.ub.edu/gdne/amaydeusp\\_archivos/neurologia09.pdf](http://www.ub.edu/gdne/amaydeusp_archivos/neurologia09.pdf)
- Gamboa, I. (2006). La Constitución de Trastornos Sexuales en la Psiquiatría. *Diálogos, Revista Electrónica de Historia*, 7, 242-290. Recuperado de <http://historia.fcs.ucr.ac.cr/articulos/2006/9gamboahistoria.pdf>
- Gómez, C. (2014). Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. *Revista iberoamericana de psicología: Ciencia y tecnología*, 7(1), 115-124. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4905114.pdf>
- Hernández, A., Gutiérrez, F., Valero, J., Gárriz, M., Labad, A., y Gutiérrez-Zotes, J. (2009). Una alternativa genético-conductual a los trastornos de la personalidad : el modelo dimensional de Livesley. Recuperado de <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/57/ESP/13530+9-1272.pdf>
- Herrasti, E. Q. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema* Vol 13, 393-406.
- Holguín, T., y Palacios, J. (2014). La genética del trastorno antisocial de la personalidad: Una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*, 37(1), 83-91. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n1/v37n1a10.pdf>
- El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2014). El trastorno de personalidad antisocial. *Boletín de información Clínica*, 25, 31-33. Recuperado de [http://www.bic.edilaser.net/es/pdf/2504/04\\_BIC\\_Abril\\_2014\\_p31-33.pdf](http://www.bic.edilaser.net/es/pdf/2504/04_BIC_Abril_2014_p31-33.pdf)
- Layron, E. U. (2016). Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en pacientes con dolor crónico no oncológico. Sevilla España: Facultad de Psicología Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

- Revista española de investigación criminológica, 7, 1-17. Recuperado de  
<http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano7-2009/a72009art1.pdf>
- Lázaro, J. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. Laboratorio de Psicofisiología y Neuropsicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F., México y División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Villahermosa Tabasco, México, 8, 47-58. Recuperado a partir de  
[http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO\\_vol8\\_num1\\_7.pdf](http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol8_num1_7.pdf)
- Londoño, López, & Puerta. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. Universitas Psicológica, 5(2), 327-347.
- López, M., Núñez, M (2008). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad.
- López, A. B., & Grau, E. G. (2011). Técnicas de exposición. Barcelona.
- Martínez, C., y Moreno, C. (1996). Evolución histórica y cronológica del concepto de psicopatía/Trastorno Antisocial de la Personalidad. Revista historia de la psicología, 17, 43-57. Recuperado de  
<http://sfcbl11628de7748e1.jimcontent.com/download/version/1392293917/module/5972004211/name/03.ESTEBAN.pdf>
- Martínez, M., y Molina, M. (2009). El temperamento. Recuperado de  
[http://www.paidopsiquiatria.cat/files/modulo-7\\_temperamento.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/modulo-7_temperamento.pdf)
- Mejía, C. (2007). Análisis de asociación entre el Trastorno de Personalidad Antisocial y los trastornos por consumo de sustancias. Un estudio de corte (Tesis maestría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia). Recuperado de

- <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/tesis-apoyadas-odc/CO031052007-analisis-asociacion-trastorno-personalidad-antisocial-trastornos-consumo-sustancias-estudio-corte.pdf>
- Mejía, A. (2013). Factores asociados a la conducta antisocial en jóvenes en alto riesgo de pertenecer a grupos al margen de la ley en la ciudad de Medellín (Colombia). Universidad de San Buenaventura. Recuperado de [http://bibliotecadigital.usb.edu.co/jspui/bitstream/10819/1455/1/Factores\\_Asociados\\_Antisocial\\_Calle\\_2013.pdf.pdf](http://bibliotecadigital.usb.edu.co/jspui/bitstream/10819/1455/1/Factores_Asociados_Antisocial_Calle_2013.pdf.pdf)
- Mellor, M., y Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión : una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, XXIX, 217-228. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019650016>
- Millon, T. (1998). Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Adaptación española Avila-Espada. Madrid: TEA, ediciones.
- Montaño, M., Palacios, J., y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición en psicología. Psychologia. Avances de la disciplina, 3, 81-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>
- Mora, J. (1995). Evolución histórica de las teorías y medidas sobre la inteligencia. Historia de psicología, 16, 3-16. Recuperado de <http://sfcbl11628de7748e1.jimcontent.com/download/version/1392327183/module/5972070911/name/01.MORA.pdf>
- Moral, J., y Pacheco, E. (2011). Desarrollo de una escala de conducta disocial en México.

- Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14(1), 199-221. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/24807/23324>
- Moya, J., Mestre, H., Maestre, E., Dutil, V. (2003). Red nomológica de las dimensiones de personalidad de ansiedad e impulsividad del modelo de Gray. Jornades de Foment de la Investigació. Recuperado de [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/78966/forum\\_2004\\_15.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/78966/forum_2004_15.pdf?sequence=1)
- Muñoz, J., Amores, F. (2011). El comportamiento antisocial como trastorno primario y la comorbilidad de otros trastornos en la infancia y la adolescencia. *Revista psicología.com*, 15:48, 1-11. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1264/1168/>
- Nicolosi, J. (1991). La terapia reparativa de la homosexualidad masculina. Un nuevo enfoque clínico (Jason Aronson Inc, Ed.). California. Recuperado de [http://www.pfox.org/ebook\\_Terapia\\_Reparativa\\_Nicolosi.pdf](http://www.pfox.org/ebook_Terapia_Reparativa_Nicolosi.pdf)
- Organización Mundial de la salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE-10) revisión. Recuperado de [http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie\\_10\\_revi.pdf](http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf)
- Ortiz, B., Giraldo, C., y Palacio, J. (2007). Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. *Iatreia*, 21, 54-62. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180513861007.pdf>

- Palencia, A., y Gil-Bernal, F. (2013). Modelo predictivo de personalidad sexual en adultos de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 21, 16-23. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133929862003.pdf>
- Pardo, M. (2006). La perversión como estructura. *Revista de filosofía y psicología*, 1, 169-193. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2129637.pdf>
- Pinker, S. (2002). *La tabla rasa*. (J. Leda, Ed.). Barcelona. Paidós Ibérica. Recuperado de <http://psicologia.historiapsi.com/wp-content/uploads/2012/05/PINKER-La-tabla-rasa.pdf>
- Pino, M. T. (2018). El entrenamiento asertivo. Cuba. Recuperado de Fundación CADAH: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/el-entrenamiento-asertivo.html>
- Ramos, J., Ribasés, M., Bosch, R., Cormand, B., y Casas, M. (2007). Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *NEUROL*, 44, 51-52. Recuperado de <http://www.ub.edu/geneticaclassess/brucormand/pdfs/38.pdf>.
- Riera, J. R. (2009). *Influencia del Roll Playing*. Alicante España: Universidad de Alicante
- Rocca, A. (2012). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31, 18. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/31/adolfovasquezrocca.pdf>
- Rodríguez, A. (2008). La personalidad antisocial. *Cultura*, 22, 463-472. Recuperado de [http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU\\_22\\_1\\_la-personalidad-antisocial.pdf](http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU_22_1_la-personalidad-antisocial.pdf)
- Rosenblum, L. (2011). Trastorno Antisocial de la Personalidad.
- Rosenhan, D. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179, 250-258. Recuperado de [http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic625827.files/On\\_Being\\_Sane\\_In\\_Insane\\_Places-1.pdf](http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic625827.files/On_Being_Sane_In_Insane_Places-1.pdf)

Sanabria, A. (2010). Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. *Diversitas, Perspectivas en Psicología*, 6, 257-274.

Recuperado de

[http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc\\_pdf/diversitas\\_10/vol.6no.2/articulo\\_4.pdf](http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_10/vol.6no.2/articulo_4.pdf)

Sánchez, D., y Robles, M. (2013). El modelo « Big Five » de personalidad y conducta delictiva Model « Big Five » personality and criminal behavior. *International Journal of Psychological*, 6, 102-109. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/2990/299028095012.pdf>

Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M., Casela, L., Cuenya, L., Pedrón, V.

(2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista internacional de psicología*, 11, 1-21. Recuperado de

<http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/63>

Shunk, D. (1997). *Teorías del aprendizaje social* (segunda ed). México. Pearson.

Recuperado a partir de <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Teo-Apra/>

Simonetti, A. (2007). Entre el síndrome y el trastorno. *Freudiana*, 51, 115-120. Recuperado de

<http://www.bahiamasotta.com.ar/textos/2b3.pdf>

Spitzer, R. (2003). Can Some Gay Men and Lesbians Change Their Sexual Orientation? 200

Participants Reporting a Change from Homosexual to Heterosexual Orientation.

*Archives of Sexual Behavior*, 32, 403-417. Recuperado a partir de

<https://www.stolaf.edu/people/huff/classes/Psych130F2010/LabDocuments/Spitzer.pdf>

Szerman, N., Peris, L., y Balaguer. (2010). *Patología Dual. Protocolos de intervención*. (S.

- L. EdikaMed, Ed.). Barcelona. Recuperado de  
[http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_modulo2.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo2.pdf)
- Unoc, O. d. (Mayo de 2016). UNOC. Obtenido de UNOC: Recuperado de  
[https://www.unodc.org/doc/wdr2016/V1604260\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/V1604260_Spanish.pdf).
- Vásquez, J., Fera, M., Palacios, L. y de la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno disocial. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 27. Recuperado de  
[http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastorno\\_disocial.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastorno_disocial.pdf)
- Vázquez, C., Ring, J., y Avia, M. (1990). Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Madrid: McGraw - Hill, Ed. Recuperado de  
[http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/1990-Psicopatologia\\_personalidad.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1990-Psicopatologia_personalidad.pdf)
- Vidal, L., Acosta, M., & Galido, M. C. (2004). Trastornos de la personalidad y su relación con la violencia. Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana.
- Watzke, S., Ullrich, S., & Marneros, A. (2006). Gender and violence related prevalence of mental disorder in prisoners.
- Widakowich, C. (2013). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría : aspectos históricos y epistemológicos. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 17, 365-374. Recuperado de  
[http://www.alcmeon.com.ar/17/68/06\\_Bidacovich.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/17/68/06_Bidacovich.pdf).

## Anexos

### Anexo A. Consentimiento Informado



#### Consentimiento informado

Cuidad:

fecha:

Por medio de la presente, \_\_\_\_\_ mayor de edad identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendo que el psicólogo se compromete a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el (la) psicólogo(a) puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.



He explicado a:

La naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Acepto \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Psicólogo(a) \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
T.P. \_\_\_\_\_

## Anexo B. Prueba Assist

OMS - ASSIST V3.0

**OMS - ASSIST V3.0**

ENTREVISTADOR: Honorato P. Ferrera País: COLOMBIA Clínica: \_\_\_\_\_ FUNDAR: \_\_\_\_\_  
No. CONSULTANTE: \_\_\_\_\_ Fecha: 28-03-18

**INTRODUCCIÓN / (Léala al consultante o paciente)**

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a 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, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no valen ni esas medicinas que hayan sido consumidas del mismo modo sino prescritas por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o si los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tengo la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

**NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE**

**Pregunta 1**  
(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la PT del cuestionario inicial. Marque diferente en esta pregunta dato no esperado.)

| A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?<br>(SOLO PARA USOS NO MÉDICOS)          | NO = 0 | SÍ = 1 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| a. Tabaco (cigarillos, cigarros nativos, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                     | X      |        |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)                                                           |        | X      |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                             |        | X      |
| d. Cocaína (poca, basuco, crack, pasta, etc.)                                                                              |        | X      |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)                                   | X      |        |
| f. Inhalantes (pegamentos, gases, gasolina, solventes, etc.)                                                               |        | X      |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Temorodin/Aprazolam/Xanax, Orfidol/Lorazepam, Rohipnol, etc.) |        | X      |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mescalina, ketamina, PCP, etc.)                                                      |        | X      |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, diacetilmorfina/peldina, etc.)                                           | X      |        |
| j. Otras:                                                                                                                  | X      |        |

Compruebe si todas las respuestas son negativas:  
“¿Tiempo en fiestas, o cuando fue al colegio?”

Si contestó “No” a todos los ítems, termine la entrevista.  
Si contestó “Sí” a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

## Pregunta 2

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?  | Nunca = 0 | 1 ó 2 veces = 2 | Cada mes = 3 | Cada semana = 4 | A diario o casi a diario = 5 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|------------------------------|
| a. Tabaco (cigarillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                       | X         |                 |              |                 |                              |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)                                                              |           |                 |              | X               |                              |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                                |           |                 |              |                 | X                            |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)                                                                                  |           |                 |              |                 | X                            |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)                                      | X         |                 |              |                 |                              |
| f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                                    | X         |                 |              |                 |                              |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) |           | X               |              |                 |                              |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)                                                         | X         |                 |              |                 |                              |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)                                                   | X         |                 |              |                 |                              |
| j. Otras - especifique:                                                                                                       | X         |                 |              |                 |                              |

Si respondió "Nunca" a todos los ítems 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 y 5 para cada una de las sustancias.

## Pregunta 3

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

## Pregunta 4

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? | Nunca = 0 | 1 ó 2 veces = 4 | Cada mes = 5 | Cada semana = 6 | A diario o casi a diario = 7 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                                                             | X         |                 |              |                 |                              |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)                                                                                                     |           | X               |              |                 |                              |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                                                                       |           |                 |              |                 | X                            |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)                                                                                                                         |           |                 |              |                 | X                            |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)                                                                             | X         |                 |              |                 |                              |
| f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                                                                           | X         |                 |              |                 |                              |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranximazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)                                        |           | X               |              |                 |                              |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)                                                                                                | X         |                 |              |                 |                              |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dulantina/petidina, etc.)                                                                                          | X         |                 |              |                 |                              |
| j. Otras - especifique:                                                                                                                                              | X         |                 |              |                 |                              |

## Pregunta 5

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | Nunca = 0 | 1 ó 2 veces = 5 | Cada mes = 6 | Cada semana = 7 | A diario o casi a diario = 8 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                                                      | X         |                 |              |                 |                              |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)                                                                                              |           |                 |              | X               |                              |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                                                                |           |                 |              |                 | X                            |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)                                                                                                                  |           |                 |              |                 | X                            |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)                                                                      | X         |                 |              |                 |                              |
| f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                                                                    | X         |                 |              |                 |                              |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranximazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)                                 |           | X               |              |                 |                              |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)                                                                                         | X         |                 |              |                 |                              |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dulantina/petidina, etc.)                                                                                   | X         |                 |              |                 |                              |
| j. Otras - especifique:                                                                                                                                       | X         |                 |              |                 |                              |

Responde las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 5)

### 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 = 0 | Si, en los últimos tres meses = 6 | Si, pero no en los últimos tres meses = 3 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos hechos, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                       | X             |                                   |                                           |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)                                                                |               | X                                 |                                           |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                                  |               |                                   | X                                         |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)                                                                                    |               |                                   | X                                         |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)                                        | X             |                                   |                                           |
| f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                                      | X             |                                   |                                           |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranximizol/Aprazolam/Kanax, Orfidal/orazepam, Rohypnol, etc.)     | X             |                                   |                                           |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)                                                           | X             |                                   |                                           |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dihidrocodeína, etc.)                                                         | X             |                                   |                                           |
| j. Otras - especifique:                                                                                                         | X             |                                   |                                           |

### Pregunta 7

| ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?     | No. Nunca = 0 | Si, en los últimos tres meses = 6 | Si, pero no en los últimos tres meses = 3 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos hechos, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                   | X             |                                   |                                           |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)                                                            |               | X                                 |                                           |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                              |               |                                   | X                                         |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)                                                                                |               |                                   | X                                         |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)                                    | X             |                                   |                                           |
| f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                                  | X             |                                   |                                           |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranximizol/Aprazolam/Kanax, Orfidal/orazepam, Rohypnol, etc.) | X             |                                   |                                           |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)                                                       | X             |                                   |                                           |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dihidrocodeína, etc.)                                                     | X             |                                   |                                           |
| j. Otras - especifique:                                                                                                     | X             |                                   |                                           |

## Pregunta 8

|                                                                                                | No. Nunca = 0 | Si, en los últimos tres meses = 2 | Si, pero no en los últimos tres meses = 1 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| (Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada?)<br>(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS) | X             |                                   |                                           |

## NOTA (IMPORTANTE):

A los consultantes (o 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

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

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

## GUÍAS DE INTERVENCIÓN

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

Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo \*

## CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

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

|                 | Registre la puntuación para cada sustancia | Sin intervención | Intervención Breve | Tratamiento más intensivo * |
|-----------------|--------------------------------------------|------------------|--------------------|-----------------------------|
| a. Tabaco       | 0                                          | 0 - 3            | 4 - 26             | 27+                         |
| b. Alcohol      | 0                                          | 0 - 10           | 11 - 26            | 27+                         |
| c. Cannabis     | 0                                          | 0 - 3            | 4 - 26             | 27+                         |
| d. Cocaína      | 0                                          | 0 - 3            | 4 - 26             | 27+                         |
| e. Anfetaminas  | 0                                          | 0 - 3            | 4 - 26             | 27+                         |
| f. Inhalantes   | 0                                          | 0 - 3            | 4 - 26             | 27+                         |
| g. Sedantes     | 0                                          | 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 UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

OMS - ASSIST V3.0



OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR

Hernán Pérez Paredes

COLOMBIA

CLÍNICA

FARMACIA

No. CONSULTANTE

FECHA

22-01-18

## INTRODUCCIÓN (Léala al consultante o paciente)

Gracias por aceptar este breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a 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, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, (a) vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas (a) como han sido recetadas por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estas medicinas por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

## Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

| A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?                                     |                                     |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)                                                                                            |                                     |                                     |
|                                                                                                                        | NO = 0                              | SI = 1                              |
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, destilados, etc.)                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| c. Cerveza (marfhuana, hierba, hashish, etc.)                                                                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Cocaína (coca, tabaco crack, paco, etc.)                                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)                               | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Transimadrin/Aprazolam/Xanax, Clonazepam, Rohypnol, etc.) | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| h. Alucinógenos (LSD, bulbo, hongos, marihuana, ketamina, PCP, etc.)                                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dulcaina/polidina, etc.)                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| j. Otras:                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

Compruebe si todas las respuestas son negativas:  
"¿Fumó o no en fiestas, o cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista.  
Si contestó "Sí" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

## Pregunta 2

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?  | Nunca = 0 | 1 ó 2 veces = 1 | Cada mes = 3 | Cada semana = 4 | A diario o casi a diario = 5 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|------------------------------|
| 1. Tabaco (cigarillos, cigarrillos, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                             | X         |                 |              |                 |                              |
| 2. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, etc.)                                                                           | X         |                 |              |                 |                              |
| 3. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                                | X         |                 |              |                 |                              |
| 4. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)                                                                                  | X         |                 |              |                 |                              |
| 5. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)                                      | X         |                 |              |                 |                              |
| 6. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                                    | X         |                 |              |                 |                              |
| 7. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxamadol/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.) | X         |                 |              |                 |                              |
| 8. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mescalina, setas, PCP, etc.)                                                            | X         |                 |              |                 |                              |
| 9. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dulantina/petidina, etc.)                                                   | X         |                 |              |                 |                              |
| 10. Otras - especifique:                                                                                                      | X         |                 |              |                 |                              |

Si respondió "Nunca" a todas las drogas en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 3.

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

## Pregunta 3

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumo (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | Nunca = 0 | 1 ó 2 veces = 1 | Cada mes = 3 | Cada semana = 4 | A diario o casi a diario = 5 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|------------------------------|
| 1. Tabaco (cigarillos, cigarrillos, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                                | X         |                 |              |                 |                              |
| 2. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, etc.)                                                                              |           | X               |              |                 |                              |
| 3. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                                   |           | X               |              |                 |                              |
| 4. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)                                                                                     |           | X               |              |                 |                              |
| 5. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)                                         | X         |                 |              |                 |                              |
| 6. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                                       | X         |                 |              |                 |                              |
| 7. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxamadol/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)    | X         |                 |              |                 |                              |
| 8. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mescalina, setas, PCP, etc.)                                                               | X         |                 |              |                 |                              |
| 9. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dulantina/petidina, etc.)                                                      | X         |                 |              |                 |                              |
| 10. Otras - especifique:                                                                                                         | X         |                 |              |                 |                              |

## Pregunta 4

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? | Nunca = 0 | 1 ó 2 veces = 1 | Cada mes = 2 | Cada semana = 3 | A diario o casi a diario = 4 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, tabaco, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                                                              | X         |                 |              |                 |                              |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, postres, etc.)                                                                                                         | X         |                 |              |                 |                              |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                                                                       | X         |                 |              |                 |                              |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)                                                                                                                         | X         |                 |              |                 |                              |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras de energía, etc.)                                                                               | X         |                 |              |                 |                              |
| f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                                                                           | X         |                 |              |                 |                              |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranximazin/Aprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)                                         | X         |                 |              |                 |                              |
| h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, marihuana, ketamina, PCP, etc.)                                                                                                 | X         |                 |              |                 |                              |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, diatrima/petidina, etc.)                                                                                           | X         |                 |              |                 |                              |
| j. Otras - especifique:                                                                                                                                              | X         |                 |              |                 |                              |

## Pregunta 5

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | Nunca = 0 | 1 ó 2 veces = 1 | Cada mes = 2 | Cada semana = 3 | A diario o casi a diario = 4 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, tabaco, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                                                       | X         |                 |              |                 |                              |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, postres, etc.)                                                                                                  | X         |                 |              |                 |                              |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                                                                | X         |                 |              |                 |                              |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)                                                                                                                  | X         |                 |              |                 |                              |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras de energía, etc.)                                                                        | X         |                 |              |                 |                              |
| f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                                                                    | X         |                 |              |                 |                              |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranximazin/Aprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohypnol, etc.)                                  | X         |                 |              |                 |                              |
| h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, marihuana, ketamina, PCP, etc.)                                                                                          | X         |                 |              |                 |                              |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, diatrima/petidina, etc.)                                                                                    | X         |                 |              |                 |                              |
| j. Otras - especifique:                                                                                                                                       | X         |                 |              |                 |                              |

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas 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 = 0                       | Si, en los últimos tres meses = 6 | Si, pero no en los últimos tres meses = 3 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                                           |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)                                                                  |                                     |                                   | <input checked="" type="checkbox"/>       |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                                           |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                                           |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                                           |
| f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                                           |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranxemas/Alprazolam/Kanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)       | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                                           |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mescalina, ketamina, PCP, etc.)                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                                           |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                                           |
| Otras - especifique:                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                                           |

#### Pregunta 7

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

## Pregunta 8

|                                                                                               | No. Nunca = 0 | Si, en los últimos tres meses = 2 | Si, pero no en los últimos tres meses = 1 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada?<br>(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS) | X             |                                   |                                           |

## NOTA IMPORTANTE:

A los consultantes (o 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

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

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

## GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "Riesgos asociados con Inyectarse"

Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo \*

## CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.

No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2i + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c.

## EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

|                 | Registre la puntuación para cada sustancia | Sin intervención | Intervención Breve | Tratamiento más intensivo * |
|-----------------|--------------------------------------------|------------------|--------------------|-----------------------------|
| a. Tabaco       | 0                                          | 0-3              | 4-26               | 27+                         |
| b. Alcohol      | 0                                          | 0-10             | 11-26              | 27+                         |
| c. Cannabis     | 0                                          | 0-3              | 4-26               | 27+                         |
| d. Cocaína      | 0                                          | 0-3              | 4-26               | 27+                         |
| e. Anfetaminas  | 0                                          | 0-3              | 4-26               | 27+                         |
| f. Inhalantes   | 0                                          | 0-3              | 4-26               | 27+                         |
| g. Sedantes     | 0                                          | 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 UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

## Anexo C. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI-II)

**TEST DE MILLON - (MCMI-II)**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: 26-03-18

| V  | F |
|----|---|
| 1  | X |
| 2  | X |
| 3  | X |
| 4  | X |
| 5  | X |
| 6  | X |
| 7  | X |
| 8  | X |
| 9  | X |
| 10 | X |
| 11 | X |
| 12 | X |
| 13 | X |
| 14 | X |
| 15 | X |
| 16 | X |
| 17 | X |
| 18 | X |
| 19 | X |
| 20 | X |
| 21 | X |
| 22 | X |
| 23 | X |
| 24 | X |
| 25 | X |
| 26 | X |
| 27 | X |
| 28 | X |
| 29 | X |
| 30 | X |
| 31 | X |
| 32 | X |
| 33 | X |
| 34 | X |
| 35 | X |
| 36 | X |
| 37 | X |
| 38 | X |
| 39 | X |
| 40 | X |
| 41 | X |
| 42 | X |
| 43 | X |
| 44 | X |
| 45 | X |
| 46 | X |
| 47 | X |
| 48 | X |
| 49 | X |
| 50 | X |

| V   | F |
|-----|---|
| 51  | X |
| 52  | X |
| 53  | X |
| 54  | X |
| 55  | X |
| 56  | X |
| 57  | X |
| 58  | X |
| 59  | X |
| 60  | X |
| 61  | X |
| 62  | X |
| 63  | X |
| 64  | X |
| 65  | X |
| 66  | X |
| 67  | X |
| 68  | X |
| 69  | X |
| 70  | X |
| 71  | X |
| 72  | X |
| 73  | X |
| 74  | X |
| 75  | X |
| 76  | X |
| 77  | X |
| 78  | X |
| 79  | X |
| 80  | X |
| 81  | X |
| 82  | X |
| 83  | X |
| 84  | X |
| 85  | X |
| 86  | X |
| 87  | X |
| 88  | X |
| 89  | X |
| 90  | X |
| 91  | X |
| 92  | X |
| 93  | X |
| 94  | X |
| 95  | X |
| 96  | X |
| 97  | X |
| 98  | X |
| 99  | X |
| 100 | X |

| V   | F |
|-----|---|
| 101 | X |
| 102 | X |
| 103 | X |
| 104 | X |
| 105 | X |
| 106 | X |
| 107 | X |
| 108 | X |
| 109 | X |
| 110 | X |
| 111 | X |
| 112 | X |
| 113 | X |
| 114 | X |
| 115 | X |
| 116 | X |
| 117 | X |
| 118 | X |
| 119 | X |
| 120 | X |
| 121 | X |
| 122 | X |
| 123 | X |
| 124 | X |
| 125 | X |
| 126 | X |
| 127 | X |
| 128 | X |
| 129 | X |
| 130 | X |
| 131 | X |
| 132 | X |
| 133 | X |
| 134 | X |
| 135 | X |
| 136 | X |
| 137 | X |
| 138 | X |
| 139 | X |
| 140 | X |
| 141 | X |
| 142 | X |
| 143 | X |
| 144 | X |
| 145 | X |
| 146 | X |
| 147 | X |
| 148 | X |
| 149 | X |
| 150 | X |

| V   | F |
|-----|---|
| 151 | X |
| 152 | X |
| 153 | X |
| 154 | X |
| 155 | X |
| 156 | X |
| 157 | X |
| 158 | X |
| 159 | X |
| 160 | X |
| 161 | X |
| 162 | X |
| 163 | X |
| 164 | X |
| 165 | X |
| 166 | X |
| 167 | X |
| 168 | X |
| 169 | X |
| 170 | X |
| 171 | X |
| 172 | X |
| 173 | X |
| 174 | X |
| 175 | X |

## TEST DE MILLON - (MCMII-II)

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: 14-04-18

|    | V                                   | F                                   |
|----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 26 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 28 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 29 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 31 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 32 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 33 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 34 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 35 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 36 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 37 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 38 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 39 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 40 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 41 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 42 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 43 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 44 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 45 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 46 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 47 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 48 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 49 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 50 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

|     | V                                   | F                                   |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 51  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 52  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 53  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 54  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 55  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 56  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 57  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 58  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 59  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 60  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 61  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 62  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 63  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 64  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 65  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 66  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 67  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 68  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 69  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 70  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 71  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 72  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 73  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 74  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 75  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 76  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 77  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 78  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 79  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 80  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 83  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 87  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 88  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 89  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 90  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 91  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 92  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 93  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 94  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 95  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 96  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 97  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 98  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 99  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 100 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

|     | V                                   | F                                   |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 101 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 102 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 103 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 104 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 105 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 106 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 107 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 108 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 109 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 110 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 111 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 112 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 113 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 114 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 115 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 116 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 117 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 118 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 119 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 120 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 121 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 122 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 123 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 124 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 125 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 126 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 127 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 128 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 129 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 130 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 131 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 132 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 133 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 134 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 135 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 136 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 137 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 138 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 139 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 140 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 141 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 142 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 143 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 144 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 145 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 146 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 147 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 148 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 149 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 150 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

|     | V                                   | F                                   |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 151 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 152 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 153 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 154 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 155 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 156 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 157 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 158 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 159 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 160 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 161 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 162 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 163 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 164 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 165 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 166 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 167 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 168 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 169 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 170 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 171 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 172 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 173 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 174 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 175 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



| 1     | 2                                                                                                   | 3           | 4                  | 5                | 6           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|------------------|-------------|
| Nunca | Casi nunca                                                                                          | A veces     | Frecuentemente / / | Casi siempre / / | Siempre / / |
| 18.   | Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona                                          | 1 2 3 4 5 6 | 2                  |                  |             |
| 19.   | Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo                                           | 1 2 3 4 5 6 | 1                  |                  |             |
| 20.   | Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento                                             | 1 2 3 4 5 6 |                    | 5                |             |
| 21.   | Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema                                 | 1 2 3 4 5 6 |                    | 1                |             |
| 22.   | Espero un cabal sin calcular las consecuencias                                                      | 1 2 3 4 5 6 |                    |                  | 6           |
| 23.   | Pido a pacientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema                                | 1 2 3 4 5 6 | 3                  |                  |             |
| 24.   | Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema                    | 1 2 3 4 5 6 | 4                  |                  |             |
| 25.   | Tengo fe en que Dios resuelva la situación                                                          | 1 2 3 4 5 6 |                    | 6                |             |
| 26.   | Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación                                       | 1 2 3 4 5 6 | 3                  |                  |             |
| 27.   | No hago nada porque el tiempo todo lo dice                                                          | 1 2 3 4 5 6 |                    | 3                |             |
| 28.   | Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones                                        | 1 2 3 4 5 6 | 5                  |                  |             |
| 29.   | Digo que las cosas sigan su curso                                                                   | 1 2 3 4 5 6 |                    | 1                |             |
| 30.   | Trato de ocultar mi malestar                                                                        | 1 2 3 4 5 6 |                    | 5                |             |
| 31.   | Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema                                  | 1 2 3 4 5 6 |                    |                  | 2           |
| 32.   | Evito pensar en el problema                                                                         | 1 2 3 4 5 6 |                    |                  | 3           |
| 33.   | Me dejo llevar por mi mal humor                                                                     | 1 2 3 4 5 6 |                    |                  | 6           |
| 34.   | Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal             | 1 2 3 4 5 6 |                    | 1                |             |
| 35.   | Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar                             | 1 2 3 4 5 6 |                    |                  | 2           |
| 36.   | Rezo                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 |                    | 6                |             |
| 37.   | Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darme la mejor solución a los problemas | 1 2 3 4 5 6 | 2                  |                  |             |
| 38.   | Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar                                                | 1 2 3 4 5 6 |                    | 6                |             |
| 39.   | Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema                                | 1 2 3 4 5 6 | 6                  |                  |             |
| 40.   | Me distraigo y dejo que las cosas pasen                                                             | 1 2 3 4 5 6 |                    | 6                |             |
| 41.   | Intento mis propias soluciones                                                                      | 1 2 3 4 5 6 |                    | 6                |             |
| 42.   | Busco actividades que me distraigan                                                                 | 1 2 3 4 5 6 |                    | 6                |             |
| 43.   | Niego que tengo problemas                                                                           | 1 2 3 4 5 6 |                    | 6                |             |
| 44.   | Me salgo de casillas                                                                                | 1 2 3 4 5 6 |                    | 6                |             |
| 45.   | Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento                              | 1 2 3 4 5 6 |                    |                  | 4           |
| 46.   | A pesar de la magnitud de la situación intento sacar algo positivo                                  | 1 2 3 4 5 6 |                    |                  | 6           |
| 47.   | Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir                    | 1 2 3 4 5 6 | 1                  |                  |             |
| 48.   | Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión                                       | 1 2 3 4 5 6 |                    | 1                |             |

## REDES ATENCIONALES Y SISTEMA VISUAL SELECTIVO

349

|                                                                                               | 1<br>Nunca | 2<br>Casi nunca | 3<br>A veces | 4<br>Frecuentemente | 5<br>Casi siempre | 6<br>Siempre |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------------|---------------------|-------------------|--------------|
|                                                                                               |            |                 |              | 1 2 3 4 5 6         |                   |              |
| 49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar                                               |            |                 |              | 1                   |                   |              |
| 50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan                                        |            |                 |              | 2                   |                   |              |
| 51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas                             |            |                 |              | 5                   |                   |              |
| 52. Me es difícil relajarme                                                                   |            |                 |              |                     |                   | 6            |
| 53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros                            |            |                 |              |                     | 5                 |              |
| 54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema                              |            |                 |              |                     |                   | 2            |
| 55. Así lo quieras, no soy capaz de llorar                                                    |            |                 |              |                     |                   | 3            |
| 56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"                                    |            |                 |              |                     |                   | 5            |
| 57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos |            |                 |              | 1                   |                   |              |
| 58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales             |            |                 |              |                     | 2                 |              |
| 59. Dejo todo en manos de Dios                                                                |            |                 |              |                     | 6                 |              |
| 60. Espero que las cosas se vayan dando                                                       |            |                 |              |                     | 5                 |              |
| 61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas                               |            |                 |              |                     |                   | 6            |
| 62. Trato de evitar mis emociones                                                             |            |                 |              |                     | 2                 |              |
| 63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas                                      |            |                 |              |                     |                   | 2            |
| 64. Trato de identificar las ventajas del problema                                            |            |                 |              |                     |                   | 2            |
| 65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás                |            |                 |              |                     |                   | 1            |
| 66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional                        |            |                 |              |                     |                   | 1            |
| 67. Busco tranquilidad a través de la oración                                                 |            |                 |              |                     | 5                 |              |
| 68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar                    |            |                 |              | 3                   |                   |              |
| 69. Dejo que pase el tiempo                                                                   |            |                 |              |                     | 6                 |              |

27 14 37 37 51 10 20 15 12 14 8 2

# Apéndice 2. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)

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

Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología  
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

## **Instrucciones:**

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (1), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

|                                                                                               | 1<br>Nunca | 2<br>Casi nunca | 3<br>A veces | 4<br>Frecuentemente | 5<br>Casi siempre | 6<br>Siempre |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------------|---------------------|-------------------|--------------|
| 1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado                                           |            |                 |              |                     |                   |              |
| 2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)           |            |                 |              |                     |                   |              |
| 3. Procuro no pensar en el problema                                                           |            |                 |              |                     |                   |              |
| 4. Descargo mi mal humor con los demás                                                        |            |                 |              |                     |                   |              |
| 5. Intento ver los aspectos positivos del problema                                            |            |                 |              |                     |                   |              |
| 6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento                                             |            |                 |              |                     |                   |              |
| 7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional                           |            |                 |              |                     |                   |              |
| 8. Asisto a la iglesia                                                                        |            |                 |              |                     |                   |              |
| 9. Espero que la solución llegue sola                                                         |            |                 |              |                     |                   |              |
| 10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados              |            |                 |              |                     |                   |              |
| 11. Procuro guardar para mí los sentimientos                                                  |            |                 |              |                     |                   |              |
| 12. Me comporto de forma hostil con los demás                                                 |            |                 |              |                     |                   |              |
| 13. Intento sacar algo positivo del problema                                                  |            |                 |              |                     |                   |              |
| 14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema |            |                 |              |                     |                   |              |
| 15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten                                      |            |                 |              |                     |                   |              |
| 16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro                                               |            |                 |              |                     |                   |              |
| 17. Espero el momento oportuno para resolver el problema                                      |            |                 |              |                     |                   |              |

| 1     | 2                                                                                                   | 3           | 4              | 5            | 6       |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|---------|
| Nunca | Casi nunca                                                                                          | A veces     | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
| 18.   | Pienso que con el paso del tiempo el problema se solucionará                                        | 1 2 3 4 5 6 | 4              |              |         |
| 19.   | Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo                                           | 1 2 3 4 5 6 | 2              |              |         |
| 20.   | Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento                                             | 1 2 3 4 5 6 |                | 4            |         |
| 21.   | Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema                                 | 1 2 3 4 5 6 |                | 3            |         |
| 22.   | Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias                                                     | 1 2 3 4 5 6 |                |              | 2       |
| 23.   | Pido a pacientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema                                | 1 2 3 4 5 6 | 2              |              |         |
| 24.   | Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema                    | 1 2 3 4 5 6 | 2              |              |         |
| 25.   | Tengo fe en que Dios remedie la situación                                                           | 1 2 3 4 5 6 |                | 4            |         |
| 26.   | Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación                                       | 1 2 3 4 5 6 | 1              |              |         |
| 27.   | No hago nada porque el tiempo todo lo dice                                                          | 1 2 3 4 5 6 |                | 1            |         |
| 28.   | Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones                                        | 1 2 3 4 5 6 | 5              |              |         |
| 29.   | Dejo que las cosas sigan su curso                                                                   | 1 2 3 4 5 6 |                | 2            |         |
| 30.   | Trato de ocultar mi malestar                                                                        | 1 2 3 4 5 6 |                |              | 2       |
| 31.   | Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema                                  | 1 2 3 4 5 6 |                |              | 2       |
| 32.   | Evito pensar en el problema                                                                         | 1 2 3 4 5 6 |                |              | 2       |
| 33.   | Me dejo llevar por mi mal humor                                                                     | 1 2 3 4 5 6 |                |              | 2       |
| 34.   | Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal             | 1 2 3 4 5 6 | 2              |              |         |
| 35.   | Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar                             | 1 2 3 4 5 6 |                | 4            |         |
| 36.   | Rezo                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 |                | 1            |         |
| 37.   | Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas | 1 2 3 4 5 6 | 4              |              |         |
| 38.   | Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar                                                | 1 2 3 4 5 6 |                | 4            |         |
| 39.   | Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema                                | 1 2 3 4 5 6 | 4              |              |         |
| 40.   | Me ruego y dejo que las cosas pasen                                                                 | 1 2 3 4 5 6 |                | 2            |         |
| 41.   | Analizo mis propias emociones                                                                       | 1 2 3 4 5 6 |                | 4            |         |
| 42.   | Busco actividades que me distraigan                                                                 | 1 2 3 4 5 6 |                |              | 2       |
| 43.   | Niego que tengo problemas                                                                           | 1 2 3 4 5 6 |                |              | 2       |
| 44.   | Me salgo de control                                                                                 | 1 2 3 4 5 6 |                |              | 2       |
| 45.   | Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento                              | 1 2 3 4 5 6 |                |              | 3       |
| 46.   | A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo                                 | 1 2 3 4 5 6 |                |              | 2       |
| 47.   | Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir                    | 1 2 3 4 5 6 | 3              |              |         |
| 48.   | Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión                                       | 1 2 3 4 5 6 |                | 4            |         |



### Anexo E. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión

| Consultante                                                        | Motivo de consulta                                                                                                                                 | Número de sesión | Objetivo terapéutico                                                                                                                                                                                                      | Técnica utilizada                 | Actividades desarrolladas en la sesión                                                                                                                                                                                                      | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Observaciones                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>G. E. J. P</b><br>Edad 18 años<br>Escolaridad 7°<br>Desempleado | <b>Consultante</b> “estoy otra vez aquí porque volví a consumir marihuana y cocaína, apenas salí volví a tener malas juntas... y mi mama me trajo” | 1                | Identificar en el paciente hospitalizado síntomas y alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que están afectando la calidad de vida y estado de salud del mismo.<br><br>Establecer rapport con el consultante. | Entrevista Clínica<br>Observación | Al finalizar la sesión se realiza una devolución de la problemática verbalizada por el consultante, se explica el programa de rehabilitación intrahospitalario que se inicia y el tratamiento que se realizará desde el área de psicología. | Consultante con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas desde hace 2 años aproximadamente, quien estuvo bajo tratamiento psiquiátrico y psicológico (Hospitalización durante 3 meses) en el año 2017.<br><br>Se percibe al consultante con aceptable consciencia frente a la problemática actual, en quien se identifica pobre control de impulsos, antecedentes de conductas auto-lesivas e implementación de conductas delictivas, | El consultante mantiene lenguaje claro, coherente y fluido, se percibe en actitud cordial y amable, euprosèxico, orientado en las tres esferas, tendiente a la eutimia. |

|  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  |  |  | <p>pobres estrategias de afrontamiento, conductas tendientes a la búsqueda de aprobación y reconocimiento, baja tolerancia a la frustración.</p> <p>Síntomas:<br/>irritabilidad.<br/>Impulsividad,<br/>agresividad.</p> <p>Según la fuente de historia clínica, prueba Assist aplicada, Test de Millon II y revisión del DSM V:</p> <p>Consultante con DX de Trastorno por consumo de Cannabis</p> <p>Comorbido con Trastorno por consumo de estimulantes (cocaína) y Trastorno Límite de la personalidad (luego de aplicar en sesión prueba de personalidad MILLON II).</p> |  |
|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|  |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|--|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | 2 | Identificar las estrategias de afrontamiento que el consultante tiende a emplear ante situaciones o eventos específicos que puedan ser funcionales o no, en pro de potenciar aquellas que resulten adaptativas y disminuir las identificadas como irracionales o mal adaptativas. | Aplicación de la Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) | Durante la sesión se explica al consultante la importancia de la aplicación de la prueba dentro del proceso de evaluación.                                                                                                                                            | Al momento de afrontar los problemas se emplean los factores de Espera (ESP) y Reacción Agresiva (RA) como las estrategias más utilizadas. Donde la Autonomía (AUT), Reevaluación Positiva (RP), Solución de Problemas (SP) y Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP), aparecen como las menos empleadas. El consultante suele utilizar una visión poco optimista del problema, valiéndose en pocas circunstancias de los recursos propios para hacer frente al problema. | El consultante se percibe concentrado y receptivo durante la aplicación de la prueba, quien mantiene contacto visual oportuno, efectuando preguntas frente al cuestionario las cuales son resueltas durante su aplicación. En la próxima sesión se aplicará prueba Assist con el objetivo de evaluar el grado de intensidad y frecuencia frente al consumo. |
|  |  | 3 | Evaluar la intensidad y frecuencia en que el consultante consume sustancias psicoactivas en pro de identificar el grado de intervención que requiere el mismo. Donde se busca modificar el patrón y tendencia de este.                                                            | Se aplica prueba ASSIST<br><br>Psicoeducación                         | Durante la sesión se explica al consultante la importancia de la aplicación de la prueba dentro del proceso de evaluación.<br><br>Se efectúa al consultante la devolución de los resultados arrojados por la prueba aplicada en la sesión anterior y se psicoeduca al | El consultante requiere tratamiento intensivo frente al consumo de ALCOHOL (PUNT. 27), CANNABIS (PUNT. 33), COCAINA (PUNT. 33).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | El consultante durante la sesión se percibe tranquilo y concentrado sin mayores muestras de ansiedad frente a lo indagado.                                                                                                                                                                                                                                  |

|  |  |   |                                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      |
|--|--|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |   |                                                                                                                                                                                   |                                                                     | mismo frente a las estrategias de afrontamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      |
|  |  | 4 | Identificar rasgos disfuncionales de la personalidad, en pro de corroborar DX y comorbilidad.                                                                                     | Se aplica TEST DE MILLON II.<br><br>Psicoeducación.                 | Mediante técnicas audiovisuales (videos informativos sobre el consumo de alcohol, marihuana y cocaína) se complementa la información relacionada con los resultados arrojados por la prueba Assist, donde se aprovecha para psicoeducar al consultante frente a dicha temática.                                             | El consultante puntuó alto en Trastorno de Personalidad Antisocial. Por lo que se define comorbilidad con Trastorno por consumo de Cannabis y cocaína.                                                                                                                                                                                            | El consultante se percibe tranquilo, por momentos con focos de atención cortos, demandante frente a la extensión de la prueba, sin embargo continúa su aplicación hasta finalizar la misma.          |
|  |  | 5 | Identificar pensamientos automáticos disfuncionales asociados a la problemática actual y las emociones y conductas relacionados con la misma. E iniciar flexibilización de estos. | Auto-registro<br><br>Reestructuración cognitiva (Dialogo socrático) | Se informa al consultante los resultados de la prueba aplicada anteriormente y el significado de los mismos. Se realiza con el consultante en sesión un modelo de auto-registro. Y se asigna la tarea de elaborarlo la siguiente semana en la habitación mientras esté en cese de actividades dentro de la hospitalización. | Pensamientos automáticos: “Me gusta llamar la atención porque me genera placer...”<br>“Cuando lo hago me siento grande...”<br>“Me gusta que me miren...”<br>“El hecho de que se rían de mí me sube el autoestima...”<br>“Me da miedo fallarme a mí mismo...”<br>Ante la técnica del dialogo socrático el consultante responde favorablemente ante | Consultante colaborador durante la sesión realizada, por momentos se percibe intranquilo y dispropòsito.<br><br>Durante la próxima sesión se iniciara con el consultante reestructuración cognitiva. |

|  |  |   |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |
|--|--|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |   |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |                                                              | <p>el cuestionamiento y debate de las cogniciones y reconoce aceptablemente la disfuncionalidad de las mismas.</p> <p>Se identifican elementos relacionados con la necesidad de aprobación y el bajo auto-concepto, quien se muestra inseguro y demandante de atención.</p> |                                                                                               |
|  |  | 6 | <p>Modificar y reestructurar los pensamientos distorsionados.</p> <p>Contribuir a que el consultante haga consciente la disfuncionalidad de sus pensamientos e interpretaciones.</p> | <p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Reconocimiento de un continuo</p> <p>Plantear situaciones hipotéticas</p> | Se revisan los auto-registros elaborados por el consultante. | <p>Se identifican las siguientes distorsiones cognitivas:</p> <p>Sobre generalización</p> <p>Visión en forma de túnel</p> <p>Pensamiento de tipo todo o nada</p> <p>Ideas irracionales:</p> <p>Necesidad de aprobación</p> <p>Reacción a la frustración</p>                 | El consultante se percibe motivado, quien desarrolla las tareas según las indicaciones dadas. |

|  |  |   |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                   |
|--|--|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |   |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | El consultante identifica personas con quienes se asemeja y de quienes desearía imitar la conducta funcional de las mismas. Aceptando que en algunas circunstancias implementa conductas para llamar la atención y sentirse seguro (reconoce e identifica las mismas por ejemplo las conductas auto-lesivas). De igual manera reconoce que en muchas situaciones exagera su interpretación de los acontecimientos y se va a los extremos. |                                                                                                                                                                                   |
|  |  | 7 | Reestructurar los pensamientos disfuncionales que están siendo generadores de malestar.<br><br>Orientar al consultante a que compruebe o refute las hipótesis planteadas con relación a sus creencias. | Técnica de Role - Playing<br><br>Técnicas basadas en la imaginación (imaginar metáforas) | Posterior al juego de roles (el cual consistió en simular dentro de la sesión situaciones en las que se pone de manifiesto la búsqueda de aprobación y reconocimiento por parte del consultante, donde se personificó al mismo y a algunas personas ante las cuales se activa la demanda de atención, con el objetivo | Se logra que el consultante haga consciente su necesidad permanente de reconocimiento y aprobación por parte de los otros, comprendiendo la disfuncionalidad de dicha creencia, quien refiere “yo sé                                                                                                                                                                                                                                      | El consultante ante el juego de roles se muestra intimidado y solicita no continuar con el mismo ya que le genera malestar, quien verbaliza “no me hace sentir bien imaginarme el |

|  |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|--|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |   | Modificar las conductas que resultan de las interpretaciones efectuadas.                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                    | que el consultante pudiera identificar la disfuncionalidad de dicha conducta y creencia (búsqueda de aprobación/reconocimiento) e implementar pensamientos y comportamientos alternativos) se presentan al consultante una serie de imágenes relacionadas con las situaciones temidas por el mismo, en pro de orientar la representación mental o visión alternativa de dichas situaciones                                                                                    | que no es bueno porque el día que eso no pase sé que me voy a sentir mal...”. A pesar del malestar que refiere en sesión reporta que sabe que es normal que en algunos momentos no va a tener el reconocimiento de otras personas y que no siempre debe hacer cosas para ganárselo.                                            | rechazo de alguien...” Sin embargo se re encuadra al mismo y se le manifiesta la importancia de experimentar dichas situaciones y no continuar evitándolas e interpretándolas como negativas. Se hace una pausa y posterior a esto se continúa implementando la técnica. |
|  |  | 8 | Favorecer en el consultante la capacidad de expresar ideas y sentimientos disminuyendo así el temor al rechazo.<br><br>Flexibilizar ideas tendientes a la búsqueda de aprobación.<br><br>Desarrollar estrategias de afrontamiento funcionales y adaptativas, que favorezcan a su vez el control de impulsos. | Entrenamiento asertivo<br><br>Evitar verbalizaciones internas catastrofistas<br><br>Psicoeducación | Durante la sesión se realiza con el consultante una actividad que se orienta a “Aprender a decir no”, inicialmente se psicoeduca al mismo frente a los 3 estilos de conducta (pasivo, asertivo, agresivo), esto se realiza mediante la ubicación de carteles en las paredes del consultorio donde se encuentran escritos estos tres estilos de conducta y su significado, el consultante debe asociar cada significado con su estilo de conducta. Posterior a esto se realiza | El consultante muestra mayor facilidad para manifestar sus pensamientos y emociones, y asocia de manera favorable los significados expuestos en sesión. Durante la misma verbaliza que dentro de la institución experimentó una situación en la que tuvo que poner a prueba su capacidad para rechazar algo que temía no poder | Se percibe al consultante eutímico, motivado y receptivo, quien reconoce en sesión sentirse mejor y con mayor fortaleza y capacidad para hacer frente a disímiles situaciones y vivencias                                                                                |

|  |  |   |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |
|--|--|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |   |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                        | una personificación de situaciones donde el consultante haya adoptado estilos de conducta pasivo y agresivo, en las que se evidencie la dificultad para decir no ante situaciones difíciles y se induce al mismo a que identifique cual sería la conducta adecuada ante dichas situaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | hacer, refiere “Doctora pasó lo que usted me dijo, ella se acercó a decirme que volviéramos y que la perdonara por lo que había hecho y yo hice lo que ensayamos aquí en su consultorio...”                                                                                                           |                                                                                                               |
|  |  | 9 | <p>Disminuir la tendencia a establecer relaciones interpersonales inestables.</p> <p>Favorecer el desenvolvimiento del consultante dentro de entornos sociales.</p> <p>Desarrollar habilidades sociales.</p> | <p>Entrenamiento en Habilidades Sociales (Ensayo de la conducta-Reforzamiento y Retroalimentación)</p> <p>Técnica de conceptualización alternativa</p> | <p>Además de la aplicación de las técnicas, se trabaja durante la sesión una actividad denominada “Cuando el miedo se convierte en ansiedad”, donde se induce al consultante a reconocer que su principal temor es la desaprobación de las demás personas y se orienta a provocar en el mismo las peores fantasías respecto a su miedo actual, se le dice al consultante que posterior a esto debe escribir y narrar todo lo que en él se genera y se le viene a la mente y que debe plantear soluciones alternativas.</p> <p>Esto se deja de tarea al consultante y se le indica que debe hacerlo durante un tiempo determinado cuando este fuera de sesión. Se le</p> | <p>Se percibe en el consultante mayor consciencia frente a las conductas que implementa en sus relaciones con los otros, sin embargo este verbaliza “yo siento que he cambiado doctora pero cuando a veces me pasan cosas todavía dudo en lo que tengo que hacer... me sigue dando como miedo...”</p> | <p>Consultante tranquilo, en actitud dinámica y positiva, por momentos se percibe demandante de atención.</p> |

|  |  |    |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|--|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |    |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                              | facilita un cuaderno y un lápiz para que pueda desarrollar lo indicado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|  |  | 10 | Orientar al consultante en el establecimiento de patrones de conducta adaptativos que favorezcan la calidad de vida, el sentido de la misma y la prevención de recaídas. | <p>Prevención de recaídas</p> <p>Estrategia V (Proyecto de vida y el sentido),</p> <p>Estrategia I (abandonar las redes de consumo)</p> <p>Estrategia II (Aislarse de lugares de riesgo)</p> | Se propone al consultante reflexionar sobre los cuatro ámbitos más importantes de su vida (familia, ocio, escolar, si mismo) desde un nivel conductual, cognitivo, emocional y físico. Se solicita al mismo que puntúe en tanto por ciento el tiempo que dedica a cada ámbito; luego debe establecer las metas que quiere alcanzar en cada una de esas áreas y que debe hacer para cumplirlas. | <p>El consultante muestra claridad frente a lo que desea en el área familiar, escolar y ocio, sin embargo en cuanto al sí mismo se continua evidenciando cierto grado de inestabilidad, por lo que se hace necesario ser más directivo con el paciente para que este logre ser más puntual en cuanto a los cambios que desea observar en su propia conducta.</p> <p>Se percibe en el consultante mayor flexibilización cognitiva, lo que se evidencia en sus verbalizaciones “yo se doctora que todo el mundo no me puede querer, y que mamar gallo o molestar no va a ser que todos me estén mirando todo el tiempo...”</p> | Se observa al consultante en actitud cordial y amable, pese a que el mismo llega a sesión inicialmente un poco intranquilo ya que tuvo una confrontación mientras estuvo en actividades de terapia ocupacional con otro compañero, ante esto se canalizan las emociones y se tranquiliza al consultante, para poder trabajar así de manera favorable en sesión. |

|  |  |           |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                   |
|--|--|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <b>11</b> | <p>Favorecer la adherencia al tratamiento y contribuir a la modificación de conductas que puedan afectar el proceso de mejoría una vez dada de alta el consultante.</p>       | <p>Prevención de recaídas</p> <p>(Técnica imaginación positiva).</p> <p>Se trabaja con la estrategia IV (cambiar el estilo de vida)</p> | <p>Se realiza durante la sesión una actividad orientada a la planificación y organización del tiempo, donde se apunta a favorecer y cambiar el estilo de vida. Se da al consultante la indicación que elabore un cronograma de actividades que realizara día a día una vez dado de alta, y se le sugiere ubicarlo en su residencia en un lugar visible.</p> <p>Así mismo se aplica la técnica de la imaginación positiva donde se orienta al consultante a recrear imágenes o recuerdos positivos que disminuyan el malestar que aparece ante determinadas situaciones o vivencias.</p> | <p>Se observa que el consultante muestra mayor claridad ante lo que desea hacer una vez culminado el proceso de hospitalización, sin embargo muestra poca organización en la delimitación de dichas labores o actividades.</p> <p>Se re encuadra al consultante frente a la importancia de cumplir dicho cronograma para garantizar que la mayor parte del tiempo mantendrá una ocupación funcional y que así disminuirán las posibilidades de recurrir a malas prácticas.</p> | <p>Se percibe al consultante tranquilo y receptivo.</p>                                                                           |
|  |  | <b>12</b> | <p>Evaluar el cumplimiento de los objetivos trazados al inicio de las sesiones.</p> <p>Identificar las conductas que lograron ser modificadas con las técnicas aplicadas.</p> | <p>Post test</p> <p>Test Millon II</p> <p>Prueba Assist</p> <p>Escala de Estrategias de Coping</p> <p>Modificada</p>                    | <p>Se explica durante la sesión la necesidad e importancia de aplicar nuevamente las pruebas que se utilizaron inicialmente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Teniendo en cuenta los resultados arrojados anteriormente por la prueba Assist aplicada, se encuentra que en esta ocasión el consultante puntuó en ALCOHOL: 12 CANNABIS: 9</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Se percibe al consultante euprosèxico durante la realización de las pruebas aplicadas, se observa tranquilo y concentrado.</p> |

|  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  |  |  | <p>COCAINA: 9</p> <p>Para lo anterior se tiene en cuenta que el proceso de internación del consultante tuvo una duración de 3 meses, por lo que dentro de la institución no se presenta consumo de ningún tipo, los ítems de la prueba hacen referencia al consumo en este intervalo de tiempo.</p> <p>Test Millon II: El consultante puntuó alto en: Trastorno Antisocial de la personalidad. Lo que corresponde a los ítems de alcohol y drogas paso de Trastorno severo a moderado.</p> <p>Escala de Estrategias de Coping Modificada: El consultante puntuó alto en: Búsqueda de Apoyo Profesional, Religión y espera. El factor reacción agresiva (estrategia más utilizada) puntuó 55, presentándose una</p> |  |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|  |  |    |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|--|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |    |                                                                                                                   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | disminución con el resultado anterior en el cual puntuó 90. La estrategia Espera continuó apareciendo como más utilizada, sin embargo hubo diferencia en la puntuación, en la aplicación actual arrojó un puntaje de 70 y en la aplicación pasada 85.                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|  |  | 13 | Otorgar al consultante herramientas que le permitan actuar de manera funcional en su reintegración a la sociedad. | Cierre de caso | Se otorga al consultante durante la sesión recomendaciones para llevar fuera de la institución un estilo de vida equilibrado y adaptativo y se dan sugerencias para que el mismo tenga claro que hacer y donde acudir cuando identifique malestar y ansiedad de consumo. Se realiza una actividad donde se le entrega al consultante una hoja en blanco donde debe elaborar un cuadro (plan de emergencia) en el que establezca: que comportamientos o pensamientos lo pueden ayudar a identificar que puede haber una inclinación a la recaída, cuales son los pasos que debe seguir para | El consultante en sesión identifica que las conductas que pueden indicar posibilidad de recaída son: salidas con frecuencia durante la noche, empezar a rodearse nuevamente de malas amistades, no tener ninguna ocupación u oficio, dedicar mucho tiempo a las redes sociales, pensar que no se es bueno para nada, que esta aburrido o que necesita estar rodeado de gente para sentirse bien. De igual manera identifica como | Se percibe al consultante concentrado, atento y receptivo, quien muestra interés en el proceso de identificación de aquellos elementos que pueden favorecer su estabilidad una vez que este fuera de la institución. Se observa tranquilo y con afecto eutímico |

|  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |  |
|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  |  | <p>que esa recaída no se produzca, que pensamientos y conductas alternativas se pueden emplear y a quienes se debe acudir.</p> <p>Se orienta al mismo a que identifique las señales de alarma y alerta que pueden indicar una posible recaída, para que el consultante al reconocerlas pueda actuar de manera inmediata.</p> <p>Se entrega al consultante un folleto con las recomendaciones y sugerencias dadas.</p> | <p>agentes de ayuda a la madre, el Hospital del municipio de Maicao, La Guajira, y los teléfonos de la institución.</p> |  |
|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

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

| <b>Etapas</b>                                              | <b>No. de sesión</b> | <b>Procedimientos realizados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Primera etapa:<br/>Evaluación<br/>y<br/>diagnóstico</b> | 1 - 2                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción de caso.</li> <li>• Consentimiento informado.</li> <li>• Entrevista con consultante.</li> <li>• Indagación de historia clínica.</li> <li>• Aplicación de los instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).</li> <li>▪ Escala Estrategias de Coping (EEC-M).</li> <li>▪ Assist</li> </ul> </li> </ul> |
|                                                            | 3-4                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis funcional.</li> <li>• Devolución de resultados.</li> <li>• Psicoeducación.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                            | 5 -6                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Cognitiva de Beck: Reestructuración Cognitiva. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnica Discusiones cognitivas.</li> <li>▪ Técnica Diálogo socrático.</li> <li>▪ Autoregistros: en sesión</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                              |
| <b>Segunda y<br/>Tercera etapa:<br/>Intervención</b>       | 7- 8                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> <li>• Entrenamiento en Estrategias de Coping: Reacción Agresiva. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auto instrucciones.</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                         |
|                                                            | 9 -11                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en Estrategias de Coping: Reacción Agresiva. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Técnica de juego de roles.</li> <li>▪ Técnica de conceptualización alternativa</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                          |
|                                                            | 12                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención a recaídas.</li> <li>• Aplicación de los instrumentos:</li> <li>• Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).</li> <li>• Escala Estrategias de Coping (EEC-M).</li> <li>• Assist.</li> </ul>                                                                                                                                                             |

---

13

- Prevención de recaídas.
  - Devolución de resultados.
  - Generación de compromisos.
    - Retroalimentación y cierre.
-