

INTERVENCIÓN CLÍNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO POR
CONSUMO DE SUSTANCIAS

ALICIA MESA CADENA

Director

MAGDA YANETH ACEVEDO RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA

Bucaramanga, 2017

Intervención Clínica Cognitivo-Conductual en un caso por consumo de sustancias

Monografía presentado por

ALICIA MESA CADENA

Para optar el título de Especialista en Psicología Clínica

Director del trabajo de grado:

MAGDA YANETH ACEVEDO RODRÍGUEZ

Magister en Psicología Clínica y de la Familia

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA

Bucaramanga, Noviembre 2017

Dedicatoria

A “Dios” por ser mi luz y mi refugio.

A mi esposo, inspirador de amor y tranquilidad

A mi madre, sobrinos y hermana por ser mi felicidad

A mis colegas de formación que hicieron de este nuevo reto una experiencia inolvidable.

A Leidy, Laura y Alejandra por ser el momento perfecto que tenía que ser para encontrarnos.

A la directora de práctica por la transferencia de conocimientos, experiencia y acompañamiento durante el proceso.

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Pontificia Bolivariana sede Bucaramanga por el proceso de formación que me brindó, al igual que a cada docente que desde su conocimiento y experiencia me permitieron la adquisición de nuevos aprendizajes.

A la Doctora Magda Acevedo por sus exigencias académicas, acompañamiento y comprensión durante el proceso de formación.

A la fundación Shalom “Casa de Paz” sede Bucaramanga por la oportunidad laboral brindada y por aportar a mi formación profesional en el campo clínico.

Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Tabla de Contenido.....	V
Lista de Gráficas.....	VI
Lista de Tablas.....	VII
Resumen.....	VIII
Introducción.....	1
Objetivos.....	11
<i>Objetivo general:</i>	11
<i>Objetivos específicos:</i>	11
Método.....	11
Participante.....	11
Instrumentos de exploración.....	12
Instrumentos de evaluación.....	13
Procedimiento:.....	15
Fase de Intervención.....	16
Formulación del caso.....	19
Resultados de la Intervención.....	29
Discusión.....	35
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Referencias.....	41
Anexos.....	45

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Genograma.....	19
Grafica 2. Evaluación Pre-test/ Pos test. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	29
Gráfica 3. Evaluación Pre-test/ Pos test Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.....	32
Gráfica 4. Evaluación Pre-test/ Pos test. <i>OMS-ASSIST V3.O</i> Prueba de detección del consumo	33

Lista de Tablas

Tabla 1..... 20

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

AUTOR(ES): ALICIA MESA CADENA

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): MAGDA YANETH ACEVEDO RODRÍGUEZ

RESUMEN

Se presenta un estudio de caso clínico único de un joven de 19 años con trastorno por consumo de sustancias que se encuentra en remisión en una comunidad teoterapéutica. Se intervino bajo el modelo cognitivo-conductual durante 15 sesiones. Durante la fase de evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Ansiedad de Beck, la Prueba de Detección de Consumo OMS-ASSIST V3.0 y El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. El plan de intervención consistió en la modificación de ideas irracionales, disminución del nivel de ansiedad por consumir y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento a través de la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, detención de pensamiento, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas. Los resultados evidenciaron cambios positivos para el consultante como mayor conocimiento sobre su problemática, disminución significativa en el nivel de ansiedad por consumo, modificación de ideas irracionales, estrategias de afrontamiento y dominio de las técnicas aplicadas para la prevención de recaídas. Con este trabajo se corrobora la eficacia y efectividad del tratamiento cognitivo conductual para tratar este trastorno.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno por consumo de sustancias, modelo cognitivo conductual, ansiedad, estimulantes

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: BEHAVIORAL COGNITIVE INTERVENTION IN A CASE OF SUBSTANCE USE

AUTHOR(S): ALICIA MESA CADENA

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: MAGDA YANETH ACEVEDO RODRÍGUEZ

ABSTRACT

This is a unique clinical case study of a 19-year-old boy with a drug use disorder who is in remission in a theotherapeutic community. It was intervened under the cognitive-behavioral model during 15 sessions. During the evaluation phase, the following instruments were used: Beck Anxiety Inventory, the WHO-ASSIST V3.0 Consumption Detection Test and the Millon II Multiaxial Clinical Inventory. The intervention plan consisted in the modification of irrational ideas, reduction of anxiety levels and strengthening of coping strategies through the application of cognitive restructuring techniques, diaphragmatic breathing, thought stopping, training in coping skills and prevention of relapses. The results showed positive changes for the consultant as greater knowledge about their problems, significant decrease in the level of consumption anxiety, modification of irrational ideas, coping strategies and mastery of the applied techniques for the prevention of relapse. This work corroborates the effectiveness of the cognitive behavioral treatment to treat this disorder.

KEYWORDS:

Substance use disorder, cognitive behavioral model, consumption anxiety, stimulants

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

La drogadicción se puede definir como una enfermedad compleja determinada por el deseo de consumir sustancias psicoactivas, la búsqueda de estas y el consumo compulsivo, en ocasiones incontrolable de la droga a pesar de las consecuencias adversas que esto pueda conllevar. La Organización Mundial de la Salud (OMS, citado en Villalobos, 2010, pp. 62-63) define la farmacodependencia o dependencia de drogas como:

Un estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso incontrolable por tomar el fármaco, en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a su vez, para evitar el malestar producido por su supresión.

En otras palabras, la adicción a las drogas:

Es el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener la sustancia por cualquier medio (OMS, 1994, p. 13).

La adicción a las drogas es un proceso en el que se presentan etapas de menor a mayor grado de consumo. Por tal razón, es preciso aclarar las definiciones de uso y abuso. El uso se puede entender como cualquier consumo de una sustancia sin el propósito de alcanzar un estado de intoxicación o que afecte la salud de la persona. En cambio, en el abuso se genera un patrón de consumo continuado desadaptativo, a pesar de que el individuo identifica algún problema en cualquier esfera de funcionamiento, provocado por el consumo ocasional de dicha sustancia. (Barra & Diazconti, 2013)

En ese proceso de adicción según el grado de relación con la sustancia psicoactiva, se proponen las siguientes etapas según la National Commission on Marihuana and Drug Abuse:

Consumo experimental y/o ocasional, se usa la droga por curiosidad

Consumo social o recreativo, el consumo se hace mas regular, se uso en fiestas y juegos, generalmente con el objetivo de facilitar encuentros y relaciones sociales.

Consumo circunstancial y/o situacional, determinadas circunstancias o situaciones se convierten en un “problema para la persona” la cual cree que drogándose puede afrontar dichas condiciones (deporte, trabajo, sexualidad)

Consumo intenso, ante las más variadas circunstancias la persona encuentra la “excusa” para drogarse para “superar” un problema, el consumo mínimo

Consumo compulsivo, el uso se hace para evitar la crisis de abstinencia. Todas las actividades de la persona van encaminadas a buscar la droga (citado en Luna, 2005, p. 14):

Por otro lado, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5, se afirma que los trastornos por consumo de sustancias se caracterizan principalmente por la presencia de síntomas fisiológicos, cognitivos y comportamentales, evidenciando en la persona la continuación del consumo de la sustancia a pesar de la problemática asociada a dicha sustancia. Uno de estos síntomas es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación, los efectos comportamentales de estos cambios se muestran en las recaídas repetidas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos asociados a la droga. Los grupos para los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de sustancias son: el control deficitario sobre el consumo, deterioro social, consumo de riesgo y los criterios farmacológicos (tolerancia y abstinencia) (American Psychiatric Association, 2014)

Lo anterior se puede explicar partiendo de que los factores que llevan a una persona a comenzar a consumir drogas y las razones por las cuales desarrolla el trastorno de dependencia involucran una poderosa interacción entre el cerebro y una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno del individuo. Estos factores se pueden agrupar en cuatro categorías: los que pertenecen al plano individual, los relativos al ambiente familiar, los que están en relación con el entorno social y los concernientes al ámbito educativo (Velásquez & Ortíz, 2014). Por otro lado, se ha comprobado que entre más temprano se comience el consumo y

proceso de adicción a una sustancia, mayor será la probabilidad de generar un abuso y dependencia de la droga, ya que el desarrollo del sistema nervioso central se culmina sólo hasta después de los 20 años de edad (Gogtay, 2004 en Velásquez & Ortiz, 2014). Además, se ha observado que un porcentaje significativo de individuos que abusan de alcohol y otras drogas, presentan un trastorno mental de cierta gravedad; así lo indica la National Mental Health of America (2007) se observó que 37% de los individuos que abusan del alcohol y un 53% de los que abusan de otras drogas presentan, al menos, un trastorno mental de cierta gravedad; asimismo, el 29% de los individuos diagnosticados de algún trastorno mental abusan de las drogas (citado en López, Nava & García, 2010), siendo los trastornos más comunes los del estado de ánimo, ansiedad, psicóticos y trastornos de la personalidad, especialmente el trastorno antisocial de la personalidad, el episodio maníaco y la esquizofrenia (López, Nava & García, 2010).

Lo cual se denomina como patología dual o diagnóstico dual, definida como la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias psicoactivas con otros diagnósticos psiquiátricos. (Sans & Arranz, 2016).

Haciendo énfasis en el diagnóstico del caso a estudiar, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5:

El trastorno por consumo de estimulantes tiene un desarrollo y un curso en todos los estratos de la sociedad y son más comunes entre los individuos de 12 a 25 años, encontrándose como principales factores de riesgo y pronóstico los factores temperamentales y los factores ambientales. Entre los factores temperamentales, se encuentra la comorbilidad con el trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno antisocial de la personalidad y otros trastornos por consumo de sustancias. Entre los factores ambientales, la exposición prenatal a la cocaína, consumo de cocaína posnatal de los padres y la exposición a la violencia en el entorno durante la infancia. Además para los jóvenes, especialmente las mujeres, los factores de riesgo son vivir en un entorno familiar inestable, padecer un trastorno psiquiátrico y relacionarse con distribuidores y consumidores (American Psychiatric Association, 2014).

Ahora bien, con respecto a la situación social, política y económica del consumo de drogas, se puede afirmar que es una problemática mundial bastante compleja que se ha desbordado del control de los gobiernos. Según cifras del último Informe Mundial sobre las Drogas realizado en el año 2015, se estima que unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015; de los cuales aproximadamente 29,5 millones de esos consumidores, (el 0,6% de la población adulta mundial), padecen trastornos provocados por el uso de drogas. De tal manera que, el consumo de drogas de estas personas implica el riesgo de sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento. Más grave aún, es la cifra de que solamente 1 de cada 6 personas con problemas de drogas recibe tratamiento (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

De manera análoga, la situación de las drogas en Colombia es un problema bastante complejo, partiendo de que es un país donde se produce, se exporta y se consumen sustancias ilícitas, esta última condición ha empeorado significativamente ya que en los últimos años ha habido un aumento en la comercialización interna de drogas a través de redes criminales de microtráfico y de narcomenudeo (Departamento Nacional de Planeación, 2016). Hoy en día Colombia se ubica en el 4° lugar en Suramérica con mayor consumo de cocaína y marihuana luego de ser hace algunos años uno de los países con menores índices de consumo de sustancias ilícitas en la región (Observatorio Interamericano de Drogas, 2015).

En ese orden de ideas, el último Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado por el Gobierno Nacional de la República de Colombia (2014) indica que en el país existen cerca de un millón y medio de consumidores, de los cuales 832 mil, es decir, el 56%, viven en las ciudades capitales: Bogotá, Barranquilla, Medellín, Bucaramanga, Santa Marta y Pereira. El mayor número de consumidores de drogas tiene edades entre los 18 y 24 años. Se calcula que unas 484 mil personas en Colombia, es decir el 57.7% consumen en niveles de uso abusivo y uso dependiente, y tienen algún problema ya sea físico, psíquico, familiar o social, requiriendo algún tipo de asistencia o tratamiento para disminuir o dejar el consumo de drogas, además se estima que por cada 5 consumidores 4 son varones. Esta situación se desborda del campo de la salud pública y genera enormes problemas en la sociedad colombiana como

delincuencia, pobreza, deterioro social, enfermedades físicas y mentales, deserción laboral y académica, entre otras.

Con respecto a los indicadores sobre consumo de bazuco en el país, se observa que el 1.2% de las personas encuestadas reportó haberlo consumido alguna vez en su vida, con clara diferencia entre hombres y mujeres. Durante el año anterior a la encuesta, usó bazuco el 0.21% de la población de 12 a 65 años y la brecha entre sexos se amplía. En consumo reciente de bazuco se encuentran unas 49 mil personas, de las cuales 45 mil son varones. El uso problemático y dependiente afecta al 78% de los usuarios del último año. El grupo de los consumidores de 25 a 34 años son quienes presentan un patrón de consumo más problemático, debido a que casi la totalidad de los mismos serían abusadores o dependientes. En los otros grupos de edades, con excepción de los adolescentes, más del 70% de los consumidores tienen problemas con este consumo. La percepción de riesgo del uso de bazuco es alta, el 80.7% frente al uso experimental y 85.4% respecto del uso frecuente (Gobierno de Colombia, 2014).

Paralelamente, se observa en el Estudio de Salud Mental en Colombia del año 2015 que:

El uso de sustancias en niños menores de 11 años ha sido poco estudiado en las encuestas poblacionales de niños aun cuando, en general, se ha encontrado que el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas ha aumentado de forma significativa en la población menor de edad (a partir de los 12 años). Los programas de prevención están dirigidos predominantemente a esta población, ya que durante esta etapa del ciclo vital se encuentra descrito el inicio del consumo y es una población que permite una mayor oportunidad para intervenir. Hablamos entonces de un fenómeno complejo que se debe a múltiples factores que amerita un abordaje integral, donde se analice la problemática y con políticas que promuevan estilos de vida saludables (Colciencias, 2015, p. 147).

Con relación a los centros que atienden a personas con problemas de abuso y dependencia a sustancias en Colombia, el Ministerio de la Protección Social realizó un diagnóstico situacional de centros de atención de drogadicción (CAD) en 2004, y encontró que 357 programas ofrecían servicios de desintoxicación, tratamiento, rehabilitación y reincorporación social y laboral en 23 de los 32 departamentos del país; la mayoría de ellos, según el modelo de comunidad terapéutica

y residencial, seguido por los programas de teoterapia. Concentrados en los centros urbanos más importantes. Entre otras deficiencias, se encontró que pocas instituciones tenían personal con formación específica en adicciones, la mayoría no tenían información organizada de los pacientes que atendían, ni de sus tratamientos. La oferta especializada para el manejo de intoxicaciones y sobredosis era escasa. La evaluación psiquiátrica se llevaba a cabo en un poco más de la tercera parte de las entidades. En el 20% no había evaluación psicológica, el 40% carecía de evaluación médica (Hernández, 2010).

Ahora bien, no difiere en mucho la situación del consumo de sustancia en Colombia de lo que sucede en el departamento de Santander, según las entidades departamentales, se reconoce que es crítico el aumento del consumo de sustancias ilegales, especialmente en los jóvenes del área metropolitana de Bucaramanga y ciudades capitales de provincia del departamento; asociado a este problema existe el mantenimiento de lugares de expendio y grupos delincuenciales dedicados al micro-tráfico, el narcomenudeo y otras formas de criminalidad, quienes involucran a niños, adolescentes y jóvenes para el tráfico y expendido de las drogas, es así como la mayoría de los jóvenes (70%) ingresan al sistema de responsabilidad penal en Bucaramanga debido al delito de porte, tráfico y expendio de estupefacientes. Las principales sustancias comercializadas son marihuana, bazuco, cocaína, éxtasis y drogas sintéticas. Las personas habitantes de calle consumen preferiblemente el bazuco después de haber pasado por múltiples sustancias. No obstante, se ha identificado el uso de bazuco en un porcentaje importante de población joven debido al inicio temprano de consumo de SPA. Muchos jóvenes que han iniciado el consumo de sustancias a temprana edad, a medida que crecen se trasladan a sustancias como ácidos, inhalantes y popper (Secretaría de Salud de Santander, 2012).

Con respecto a lo que se hace para la atención de las personas con abuso o dependencia a las sustancias, se conoce que en el área metropolitana de Bucaramanga existe una oferta institucional de Centros de Atención a la Drogadicción (CAD); sin embargo, estos centros tienen baja capacidad para cubrir necesidades de tratamiento mayores y son insuficientes para atender a la población de personas farmacodependientes de la ciudad y el departamento. Por otro lado, existen centros privados, algunos de estos son comunidades terapéuticas y comunidades teoterapéuticas (Secretaría de Salud de Santander, 2012).

En lo que refiere al tema de tratamientos para las problemáticas de abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas, en la comunidad científica han sido evaluadas diferentes modalidades, las más estudiadas han sido: el enfoque de refuerzo comunitario o comunidad terapéutica, el tratamiento cognitivo–conductual (TCC), prevención de recaídas, entrevista motivacional, terapia interpersonal, intervención familiar, y terapia psicoanalítica. (González, Tumuluru, González-Torres, & Gaviria, 2015; Valencia, 2014)

Las comunidades terapéuticas que hacen parte del llamado enfoque de refuerzo comunitario, se definen de acuerdo a Comas (2008) como centros residenciales, cuyo objetivo es la deshabituación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de drogodependencias. Se realiza un tratamiento integral, desde las áreas de medicina, psicología educativa principalmente; cuyo objetivo final es el desarrollo de un estilo de vida saludable y libre del consumo de drogas. Esta modalidad terapéutica está dirigida a personas que presentan una importante disfuncionalidad psicológica, afectiva, familiar y social que impide el desarrollo de un tratamiento exitoso en el ámbito ambulatorio. Es importante que la persona una vez iniciado el tratamiento cuente con un deseo de cambio y de motivación dirigido no solamente a la abstinencia del consumo, sino a la modificación de su estilo de vida por medio de los aprendizajes adquiridos en la comunidad terapéutica. Además, la intervención en prevención de recaídas, permitirá a la persona afianzar habilidades para el retorno exitoso al medio habitual. (Citado en Murcia & Orejuela, 2014).

Por otra parte, es importante reiterar que el escenario de la práctica para la intervención del caso se realizó en una institución basada en principios religiosos, conocida como comunidad teoterapéutica, Jaramillo (2007) afirma que:

La comunidad teoterapéutica es definida como una modalidad residencial para el tratamiento de las adicciones y de situaciones como la depresión y la ideación suicida, a través de la cual se busca la desintoxicación del adicto y la recuperación, pero teniendo como base la fe en un Dios (citado en Murcia & Orejuela, 2014, p 158)

Referente a la evaluación de esta modalidad, Quiceno y Vinnacia (2009) han encontrado que en los últimos 30 años se han realizado investigaciones en el campo de la salud mental y física

desde una perspectiva religiosa y espiritual, refiriendo que dichas intervenciones proporcionan beneficios en los procesos cognitivos y de salud de las personas. Entre estas investigaciones, aquellas basadas en la evidencia, sostienen que las personas pueden llegar a una búsqueda de un poder superior o de un Dios en momentos críticos en los que pierden el control personal, para así reencontrarse y enfrentar situaciones estresantes. (Koenig, George & Siegler, 1988 citado en Quiceno & Vinnacia, 2009). Es así como las estrategias de afrontamiento religiosas y existenciales pueden mejorar la calidad de vida, brindar bienestar psicológico, emociones positivas, disminuir los niveles de ansiedad, depresión y los comportamientos adictivos y suicidas. Lo cual ha sido comprobado en diferentes investigaciones para tratar múltiples enfermedades, incluso los trastornos por consumo de sustancias. (Quiceno & Vinnacia, 2009). En lo que refiere específicamente al tratamiento de adicciones a través de la teoterapia, de acuerdo a Mendonça y Silva (2007) citado en Murcia & Orejuela (2014) se ha encontrado que “existen numerosos informes de personas adictas que han logrado llegar al estado de abstinencia debido a un vínculo muy fuerte con la religión”. Dan explicación a éste fenómeno con la hipótesis: “para el adicto existe una necesidad de ser dependiente de algo, en este caso de la religión”. No obstante, a pesar del crecimiento y proliferación de comunidades terapéuticas de carácter religioso o teoterapéuticas que tratan a personas dependientes a las sustancias en Colombia y Latinoamérica, aún no existe suficiente evidencia científica sobre la eficacia de estas formas de intervención (Murcia, Orejuela, & Patiño, 2016).

La intervención del caso se realiza desde el enfoque cognitivo conductual, ya que proporciona elementos que pueden ser útiles para comprender el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, concentrándose en procesos a nivel mental y de la conducta asociada a factores biológicos y sociales.

Las estrategias del modelo Cognitivo-Conductual se basan en las teorías de aprendizaje (clásico, operante, social y cognitivo), los cuales desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas (Valencia, 2014; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010). Entre otros objetivos, se busca que el adicto aprenda a identificar y modificar conductas problemáticas mediante el desarrollo de habilidades que permitan a la persona interrumpir el abuso de drogas y afrontar múltiples problemas que suelen presentarse simultáneamente

(Becoña, y otros, 2011). El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por su sigla en inglés) afirma que:

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) se compone de un conjunto de herramientas que buscan mejorar el autocontrol. Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas. Un elemento central de este tratamiento es anticipar posibles problemas y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces (NIDA, 2010).

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancias se incluyen: entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, entrenamiento en manejo del estrés, entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades para la vida, ejercicio aeróbico, biofeedback, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en manejo de la ira (Quirke, 2001 citado en Becoña, y otros, 2011).

Teniendo en cuenta las técnicas ofrecidas desde el enfoque cognitivo conductual se escogieron aquellas que cumplieron con el perfil y las necesidades del consultante.

La Terapia Cognitivo Conductual ha sido ampliamente utilizada para la evaluación e intervención de casos de consumo abusivo y dependencia de sustancias psicoactivas (Graña Gómez & Muñoz Rivas, 2007; Becoña, y otros, 2011). Además, autores como Carroll y Onken (2005) y Finney (2007), han encontrado que los indicadores de efectividad más observados de la Terapia Cognitiva Conductual han sido:

la reducción de la frecuencia y cantidad de consumo, la adherencia en el tratamiento, la reducción de sintomatología asociada al consumo y la reducción de conductas desadaptativas, como la comisión de actos delictivos; en todos ellos, la TCC se ha mostrado útil en adictos (citado en Becoña et al., 2011, p 47).

De igual manera, se ha comprobado en varias investigaciones que la terapia cognitiva conductual, ha dado buenos resultados en la mayoría de las personas que recibieron tratamiento,

ya que conservaron los logros que habían obtenido en el tratamiento durante el año siguiente (NIDA, 2010)

Por otro lado, en lo que respecta a la elección del modelo más acorde para el análisis, evaluación e intervención del caso fue el modelo bio-psico-social de Pomerleau y Pomerleau (1987), el cual se acopla a la concepción psicológica de los trastornos de abuso de drogas. De acuerdo con este modelo:

Los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades, García, Fernández, & Carballo, 2007)

Tales componentes representan a variables mayoritariamente psicológicas o psico-sociales, con la única excepción de la parte biológica de la vulnerabilidad o los efectos psicológicos del propio consumo, estos también muy sujetos a la interpretación psicológica. El contexto y las consecuencias, además de moldear la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos, entre los que se encuentran los vinculados al aprendizaje (tales como los procesos de condicionamiento vicario, operante o clásico), o los patrones de comunicación e interacción (Becoña, y otros, 2011, p 14).

Asimismo, para conocer las características de la conducta adictiva de la persona, se requiere además de un análisis funcional que explique las relaciones entre las diferentes variables previamente determinadas, que servirán para establecer un diagnóstico y un plan de intervención.

Igualmente es importante señalar que en el tratamiento que se le realiza a la persona con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, debe ser conciente del proceso de cambio, el cual requiere de un determinado tiempo y de una serie de etapas o estadios que son definidos claramente en el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (1993, citado en Graña Gómez & Muñoz Rivas, 2007), los estadios son seis:

1. Precontemplación, los adictos no creen tener un problema
2. Contemplación, tienen mayor nivel de concienciación de su problema
3. Preparación, se debe emprender una serie de pasos, iniciar programa de tratamiento. Hay toma de decisión.

4. Actuación, están preparados para llevar a cabo un plan terapéutico específico.
5. Mantenimiento, proceso de aprendizaje y manejo de las crisis de recaída.
6. Recaída, se puede presentar en etapa de actuación o de mantenimiento.

Objetivos

Objetivo General:

Desarrollar un proceso de evaluación e intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual en un caso de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos Específicos:

Identificar las principales conductas problemáticas a través de la evaluación psicológica

Diseñar un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico hallado

Implementar el plan de intervención mediante técnicas del modelo Cognitivo - Conductual

Evaluar la efectividad de la intervención de acuerdo a los objetivos terapéuticos planteados.

Método

Estudio de caso

Los estudios de caso son una clase de diseño de investigación, un método que permite sus propios procedimientos y el uso de herramientas de investigación mixtas, para analizar a profundidad una unidad holística y de esta forma poder responder a un problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Participante

FA es un joven de 19 años de edad, de género masculino, residente en la ciudad de Bucaramanga, con trastorno por consumo de estimulantes asociado a otras sustancias, quien refiere: “mi mayor problema son las drogas” “deseo dejar de consumir” Inició el consumo a los

14 años y medio, principalmente por influencia de pares negativos en la institución educativa donde estudiaba. Entre los antecedentes más relevantes se puede mencionar: su baja estatura, la cual incide negativamente en su autoestima, y a la vez le ha permitido autorregular comportamientos agresivos. Proviene de familia monoparental. Actualmente se encuentra en internado en comunidad teoterapéutica en donde realiza proceso de rehabilitación.

Instrumentos de Exploración

Durante el proceso de valoración y evaluación fueron empleados los siguientes instrumentos: *Consentimiento Informado, Entrevista Semiestructurada, Historia clínica (ver anexo 2) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, OMS-ASSIST V3.0 Prueba de detección del consumo de alcohol tabaco y sustancias*, a continuación se describirán cada uno de los instrumentos utilizados:

Consentimiento informado. (Anexo 1) Es un instrumento de mediación, siendo un acuerdo entre un miembro del personal de salud y un paciente y que se consolida en un documento en el cual se informa al paciente la naturaleza de su enfermedad, el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se realizará, los riesgos y beneficios que conlleva sus alternativas. Consta de dos partes: a) Derecho a la información b) Libertad de expresión. (Carvajal-Rodriguez, 2013)

Entrevista Semiestructurada. La entrevista semiestructurada presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. (Diaz-Bravo, Torruco-Garcia, Martinez-Hernandez, & Varela-Ruiz, 2013). Diseño propio en base a la población atendida y sus problemáticas.

Historia clínica. (Anexo 2) La historia clínica es el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional. Se realiza con el fin de tener agrupada toda la información sobre una persona, necesaria para el tratamiento o prevención de la enfermedad. (Martinez, 2006)

Se diligencia este documento de acuerdo con lo establecido por la ley (Resolución número 1995 de 1999) la cual la define como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente tales como la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (Ministerio de Salud y Protección Social, 1999).

Instrumentos de Evaluación:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). (Anexo 3)

Prueba cuyo objetivo es medir los síntomas de la ansiedad en adultos y adolescentes mayores de 13 años, la cual se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, los cuales hacen referencia a la última semana y al momento actual. La duración aproximada de la prueba es de 5 minutos. El resultado es una puntuación directa que oscila entre 0 y 63. La severidad de la ansiedad va desde una ansiedad leve hasta una ansiedad grave. Sus principales autores fueron Aaron T. Beck y Robert A. Steer. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 00–21 - Ansiedad muy baja / 22–35 - Ansiedad moderada / Más de 36 - Ansiedad severa. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de todos los ítems. (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2011).

El BAI ha demostrado una alta consistencia interna (alfas superiores a 0,90), validez divergente moderada (correlaciones menores a 0,60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0,50) Presentan una alta consistencia interna (alfas de Chorach de 0,84 y 0,83), un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=0,75$), validez convergente

adecuada y una estructura factorial de cuatro factores principales denominados: a) subjetivo, b) neurofisiológico, c) autonómico y d) pánico. (Robles, Varela, Jurado, & Páez, 2001, p 54)

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. (Anexo 4)

Evalúa la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales con el fin de tomar decisiones para tratamiento sobre estos trastornos. Consta de 175 elementos con opción de respuesta verdadera o falsa; evalúan las siguientes escalas: 4 de fiabilidad y validez, 10 básicos de personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y tres síndromes de gravedad severa. De aplicación sencilla, los procedimientos interpretativos están mecanizados. Dispone de puntos de corte en las escalas para tomar decisiones ante trastornos comportamentales o síndromes clínicos. Su corrección se realiza con un disco de corrección/perfil; se necesita un uso por sujeto evaluado. Aplicación: Individual y colectivo. Tiempo: variable, de 20 a 25 minutos. Edad: a partir de 18 años. Fue desarrollado por Tehodore Millon en los Estados Unidos en 1987, sin embargo en el 2002 se ha realizado la adaptación Española. (Saenz, 2007).

En la actualidad el MCMI- II es un inventario ampliamente usado tanto en investigación como en la práctica clínica ya que cuenta con la ventaja de tener relacionada una teoría comprensiva. En sus distintas versiones este instrumento ha generado más de 500 artículos y 6 libros, ha sido traducido a varios idiomas y está siendo usado en investigaciones transculturales (Craig, 1999a citado en Sánchez, 2003, p.170).

OMS-ASSIST V3.O Prueba de detección del consumo de alcohol tabaco y sustancia.

(Anexo 5) Esta prueba consta de 8 preguntas que indican la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación, se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia (bajo, moderado, alto) y en cada caso se determina la intervención más adecuada (no tratamiento, intervención breve o derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento) además el OMS-ASSIST V3.O proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los

últimos tres meses. Por otro lado permite identificar problemas relacionados con el consumo de sustancias tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de alto riesgo y conductas asociadas con inyectarse. Fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por un grupo internacional de investigadores y médicos como una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud. (OMS, 2011) Con respecto a las propiedades psicométricas de esta prueba se afirma que:

Varios estudios en diferentes países han demostrado que el ASSIST posee validez de constructo, concurrente y discriminativa, así como confiabilidad test-retest adecuadas.

(Linage Rivadeneyra & Lucio, 2012, p. 37)

Procedimiento

Se realizó intervención psicológica desde el enfoque Cognitivo Conductual (TCC), durante 15 sesiones, una vez por semana, con una duración de 50 minutos, aunque en algunas ocasiones se realizaron los encuentros quincenales debido a que el consultante se encontraba realizando actividades propias de la institución y no podía asistir, a continuación se describe cada una de las fases de valoración, evaluación intervención, cierre y seguimiento. Se requirieron de 5 sesiones para realizar etapa de valoración, evaluación y diagnóstico y de 10 sesiones para realizar la etapa de intervención.

Fase I - Valoración Inicial

En las primeras dos sesiones se realizó la fase de valoración inicial, recepción del caso, y conocimiento del motivo de consulta, logrando establecer rapport, se llevó a cabo encuadre terapéutico, diligenciamiento de consentimiento informado y se dio información acerca del tipo de atención psicológica a partir de enfoque cognitivo conductual se inició diligenciamiento de historia clínica, e indago acerca de las diferentes áreas del consultante, teniendo en cuenta la información obtenida se hace importante la aplicación de pruebas psicométricas con el objetivo de conocer el grado de afectación y dependencia y posible trastorno con respecto al consumo de drogas.

Fase II - Evaluación y Diagnóstico

En las siguientes tres sesiones se realizó la aplicación de batería de pruebas Inventario de Ansiedad de Beck, Prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias OMS-ASSIST V3.0 y El Inventario Clínico Multiaxial de Millón II, ya que se observó que cumplía con criterios para un posible diagnóstico según DSM 5, se continuó con el proceso de evaluación, gracias a este proceso de recolección de información se conocen datos socio demográficos, eventos relevantes, factores desencadenantes del consumo de spa, factores de riesgo y protectores, se realizó familiograma y análisis funcional de la conducta problema.

Una vez interpretados los resultados de la batería de pruebas aplicadas se estableció un diagnóstico y plan de tratamiento, (ver anexo 8, Resultado de pruebas psicológicas)

Fase III - Intervención

A través de la información obtenida mediante la fase de valoración y evaluación y la confirmación del diagnóstico, se llevó a cabo la formulación del caso (ver anexo 6 Formulación del Caso). Lo que permitió mayor comprensión y análisis del caso, así mismo al planteamiento de objetivos terapéuticos y metas clínicas para la formulación del plan de intervención. (Anexo 7) se pasó a realizar la fase de intervención, la cual requirió de 10 sesiones. Cabe mencionar que al iniciar cada sesión, se hizo revisión de la tarea asignada en la sesión anterior y se indagó sobre eventos significativos ocurridos durante la semana.

Como ya se mencionó anteriormente, se hizo intervención desde el Modelo Cognitivo Conductual, en donde fue de gran importancia abordar con el consultante la explicación de las diferentes variables de la conducta problema, a través de la triada cognitiva: pensamiento-emoción-conducta.

Con el fin de determinar las técnicas más apropiadas se tuvo en cuenta la problemática del consultante y las técnicas previamente utilizadas para este mismo diagnóstico, para ello se emplearon técnicas que cumplieran con las necesidades y el perfil, de FA con el objetivo de disminuir y contrarrestar aspectos como; los altos niveles de ansiedad, las reiteradas ideas

irracionales, así mismo escasas estrategias de afrontamiento y autocontrol: se emplearon las siguientes técnicas:

Psicoeducación desde el modelo cognitivo conductual. Consiste en educar o proporcionar información al consultante acerca del trastorno que padece. El objetivo es que el consultante entienda y sea capaz de manejar el trastorno o problemas que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del consultante para hacerle frente a su situación, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. Además, a través del entrenamiento en psicoeducación se logra aumentar la adherencia al tratamiento, factor crucial en el éxito terapéutico (Camacho, 2003).

Respiración diafragmática: también llamada respiración profunda es un ejercicio sencillo de relajación en el cual se entrena al paciente a respirar a través de su diafragma, suele utilizársele como paso inicial para después entrenar al paciente en ejercicios de respiración más profunda. Se basa en el movimiento del diafragma que al bajar hacia el vientre succiona aire a los pulmones y al subir hacia éstos expulsa el aire. Recibe también el nombre de respiración abdominal pues el diafragma al bajar empuja los órganos del abdomen dando la impresión de que éste se hincha. (Reynoso Erazo & Seligson Nisenbaum, 2005, p. 57)

Técnica de modelamiento: está basado en la teoría del aprendizaje observacional de Bandura (1969); permite enseñar al paciente una manera de facilitarle el aprendizaje de conductas adaptativas. El procedimiento consiste en exponer al paciente ante uno o más individuos presentes o filmados que demuestren las conductas que él debe adoptar. (Reynoso Erazo & Seligson Nisenbaum, 2005, p. 62)

Detención de pensamiento: el objetivo de esta técnica es reducir el estrés y la ansiedad que tenga el paciente, su utilización se da ante todo síndrome que implique la elaboración de pensamientos desagradables inadecuados y persistentes (Davis, Mckay y Eshelman, 1985), el procedimiento consiste en un primer paso identificar los pensamientos negativos o estresantes. El segundo paso es el entrenamiento en detención del pensamiento propiamente dicho, existen varios métodos como gritar la palabra “stop”. Por último, el tercer paso es la sustitución de los

pensamientos distorsionantes por otro más adecuados y positivos. (Lozano, Rubio, & Pérez, 1999)

Reestructuración cognitiva: de acuerdo a Beck (1979/1983) tiene como finalidad modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que presentan los pacientes y que median en su proceso de recuperación terapéutica. Muchas de estas creencias se pueden observar claramente mientras que otras pasan desapercibidas, esta técnica se basa en dos supuestos básicos: a. las cogniciones influyen en la conducta y en el afecto de los individuos, b. las creencias deben ser consideradas como inferencias sobre la naturaleza del mundo más que como hechos concretos sobre el mismo. (citado en Graña Gómez & Muñoz Rivas, 2007, p. 179)

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Se trata de un grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, y tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo ambientales e individuales, que en el caso específico, inician y mantienen las conductas de consumo de sustancias (Graña Gómez & Muñoz Rivas, 2007).

El entrenamiento en estrategias de afrontamiento se compone de técnicas cognitivas, de control emocional y conductuales. Entre otras esta la estrategia de solución de problemas: la cual consiste en ver la situación como un problema a resolver, analizar requisitos necesarios, dividir la situación estresante en unidades más pequeñas, y solucionar el problema con un plan de acción. Habilidades de afrontamiento paliativo, cuando no es posible evitar la situación (ISIPEDIA, 2015)

Prevención de Recaídas: parte de que el sujeto vuelve a consumir una sustancia porque ante una situación de riesgo no dispone de las estrategias de afrontamiento adecuadas para mantener la abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto emite una respuesta adecuada que evita el consumo, la sensación de control y de autoeficacia percibida se incrementarán y, con ello, la probabilidad de futuros consumos se reducirá. La intervención se basa en aprender a identificar las situaciones, pensamientos y/o emociones que pueden llevar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente para evitar la recaída, aprender a identificar las señales que anuncian una posible

recaída y aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca el consumo (Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985 citado en Becoña, y otros, 2011).

Formulación del caso clínico

Datos sociodemográficos.

Nombre del consultante: F.A.M

Edad: 19 años

Ocupación: estudiante

Curso escolar actual: 11 grado

Lugar de nacimiento: Bucaramanga

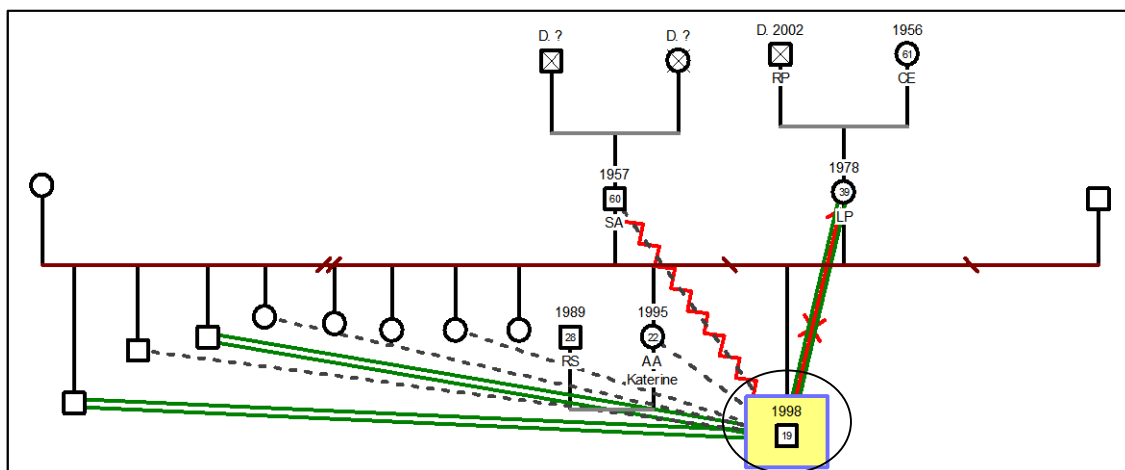
Estrato: Dos

Domicilio: Residente en Institución de rehabilitación.

Antecedentes psiquiátricos: No reporta

Tipología familiar: Familia monoparental

Descripción del área familiar



Gráfica 1: Genograma del consultante "F.A.M"

F.A.M pertenece a una familia monoparental; no conoció a sus abuelos paternos, mantiene una relación distante con su abuela materna y no conoció a su abuelo materno. Por otro lado, sostiene una relación cercana y de manipulación con su progenitora. Con respecto a su progenitor, presenta

una relación hostil y distante. Y con su única hermana tiene una relación distante, además de sostener con sus dos hermanos mayores paternos, relaciones de amistad y cercanía, mientras que con los demás hermanos paternos mantiene relaciones distantes. Actualmente es residente en comunidad teoterapéutica.

Tabla 1

Datos de Red Familiar de F.A.M

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Relación con esta persona
G R	Progenitora	48	Oficios varios	Cercana y de manipulación
J C R	Hermana	22	Ama de casa	Distante
E C	Hermano paterno	27	Militar	Relación de amistad – cercana
A C	Hermano paterno	25	Mecánico automotriz	Relación de amistad – cercana

Motivo de consulta. El consultante refiere: “mi mayor problema son las drogas” “deseo dejar de consumir”

Descripción del motivo de consulta. Se observa al consultante durante la entrevista, con hipotimia, decaimiento emocional, pobre autoimagen, mantiene auto verbalizaciones de incapacidad y sentimientos de abandono, sin embargo manifiesta deseos de cambio, refiere dificultad para la solución de problemas, el control y manejo de ansiedad por consumo, lo cual puede representar un riesgo para abandonar el tratamiento y sufrir recaída en consumo de sustancias.

Problema. F.A presenta abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, problema que le ha generado un deterioro significativo en las diferentes áreas de funcionamiento (fisiológica, psicológica, familiar, social y escolar), situación que se ha mantenido debido a la dependencia física y psicológica a las sustancias, además de otros factores como: la relación ambivalente

hacia su padre, fallas de comunicación con figura de autoridad, aislamiento social, creencias nucleares e ideas irracionales hacia sí mismo como “nadie me quiere, no voy hacer capaz” y en relación con los demás, y déficit en habilidades de afrontamiento ante eventos estresantes como llamados de atención, deseo de consumo de sustancias y estados emocionales negativos como; ira, tristeza y desesperanza.

Descripción del problema.

El consumo de sustancias psicoactivas constituye en la actualidad un importante fenómeno social que afecta especialmente a los adolescentes, la prevalencia en el uso y abuso de drogas en la etapa adolescente y adultez temprana son altas. Ante la alta disponibilidad, en la actualidad los adolescentes tienen que aprender a convivir con las drogas. El proceso de socialización, con la familia, amigos, escuela y medios de comunicación es importante en ello. La percepción de riesgo y los factores de riesgo junto al ocio, tiempo libre y vida recreativa, son elementos que debemos considerar para comprender esta problemática. (Becoña, 2000, p.25)

En ese orden de ideas el consultante manifiesta haber permanecido durante su adolescencia en la casa solo durante el día, lo que lo conllevó a experimentar aburrimiento, sentimientos de abandono, bajos estados de ánimo, ansiedad y menosprecio; siendo ésta una de las causas principales en la búsqueda de nuevas sensaciones que contrarrestaran los sentimientos negativos experimentados, dando inicio al consumo de sustancias psicoactivas.

Esto se puede explicar desde distintas teorías etiológicas que han tratado de demostrar que el uso y abuso de drogas no se da aisladamente. Es habitualmente un elemento más de otras conductas problemas que tiene el individuo, (Becoña, 2000) como se evidencia en el caso de F.A en donde además existían dificultades desde el ámbito familiar tales como insuficientes espacios de diálogo, pautas inadecuadas de crianza, escasos espacios para compartir en familia además de mínimas demostraciones de afecto por parte de su progenitora hacia él. Posteriormente, la vinculación a un grupo de pares negativos en el área escolar, creó en él una referencia de gran importancia, ya que recibió reconocimiento, protección, compañía y una visión del mundo diferente a la recibida por padres y escuela. De igual manera el fácil acceso a las drogas en el

barrio en que vivía y la edad crítica (adolescencia) en la que se hallaba F.A desencadenó el abuso de sustancias. Por otro lado, los factores mantenedores de la conducta de consumo fueron: la pérdida de control y continuidad del consumo a pesar de los problemas desde las diferentes áreas que afrontaba, evidenciándose un déficit en estrategias de afrontamiento y en procesos de comunicación con figura de autoridad.

Del mismo modo el circuito del placer o circuito de recompensa desempeñó un papel clave en el desarrollo de la dependencia, tanto en el inicio como en el mantenimiento y la recaída. El consumo de sustancias afecta a dicho circuito consiguiendo que el sujeto aprenda y tienda a consumir manteniendo en su memoria estímulos contextuales que posteriormente pueden servir de desencadenantes del consumo (Cruz & Duran, 2016), de esta manera se explica el grado de consumo al llegó el consultante viéndose obligado a vivir en la calle.

Historia personal. F.A. M es un joven de 19 años de edad que proviene de familia monoparental, quien refiere que cuando tenía 9 meses de nacido sus padres se separaron, quedando al cuidado de su madre, durante su niñez y adolescencia permanecía mucho tiempo sólo en la casa debido a que su mamá trabajaba. En su adolescencia socializó más con pares negativos viéndose involucrado en múltiples actos delictivos, como hurto, riñas callejeras y expendio de drogas, sin embargo no ha sido detenido ni judicializado, en el área académica mantuvo buen rendimiento académico ocupando los primeros puestos de su curso durante la primaria y hasta noveno grado.

Inició a consumir cigarrillo a la edad de los 14 años y medio, continuando con otro tipo de sustancias como marihuana, alcohol hasta terminar consumiendo bazuco, luego de dos años en etapa de abuso del consumo de drogas, decidió internarse en institución de rehabilitación, de tipo comunidad Teo terapéutica por un periodo de 11 meses, con el acompañamiento de su mamá, mantuvo un desliz durante tres días consecutivos, de consumo de spa, tomando la decisión de retirarse de esa institución e internarse de forma voluntaria en la actual fundación.

Evaluación sincrónica. Actualmente el joven reside en comunidad teoterapéutica, con adaptabilidad en la institución, en remisión continuada, cuenta principalmente con el acompañamiento de la mamá, quien lo visita entre una y dos veces al mes, el consultante refiere sentir ansiedad por consumo en menor nivel, principalmente cuando pasa mucho tiempo sin

hacer nada o ante un evento estresante, se identificaron estrategias de afrontamiento de evitación y de espera, comenta que en ocasiones mantiene pensamientos anticipatorios negativos, suele aislarse de los demás residentes, se evidencia baja autoestima, labilidad de afecto y episodios de irritabilidad.

Es relevante señalar que busca ayuda a nivel profesional ya sea desde el área de teoterapia o de psicología cuando se siente muy irritado o cuando presenta ansiedad por consumo.

Evaluación diacrónica.

Factores de predisposición. Dentro de los principales sucesos de predisposición se considera relevante mencionar:

Pautas inadecuadas de crianza, así como inadecuado manejo de la autoridad, permisividad, y falta de límites en las normas por parte de su progenitora.

Durante su niñez y adolescencia permaneció mucho tiempo sólo en la casa debido a que su mamá trabajaba.

Relaciones hostiles y distantes con su padre, que ha desencadenado en el consultante vacío afectivo y resentimiento.

El consultante no refiere ningún antecedente médico o psiquiátrico de parte de algún familiar.

Factores de adquisición. Como principales factores de adquisición se encuentran:

Etapas de desarrollo en el que se encontraba el consultante (adolescencia)

Influencia del contexto estudiantil (expendio y consumo de drogas)

Relacionarse con pares negativos.

Decepción amorosa en primera relación de pareja

Presencia de expendios de drogas y pandillas en el barrio

Factores de mantenimiento.

Déficit en estrategias de afrontamiento (dificultad de autocontrol)

Vinculación ambivalente con figura paterna

Déficit o fallas o en procesos de comunicación con figura de autoridad

Aislamiento social.

Ideas irracionales que inciden negativamente en su autoestima.

Factores protectores.

Biológicos. Baja estatura, que le ha permitido autorregular conducta impulsiva

Psicológicos. Creencias a nivel espiritual / religioso. Deseos de cambio y superación personal. Conciencia frente a su problemática con introspección y prospección logra buscar ayuda profesional cuando la requiere.

Ambientales. Encontrarse institucionalizado. Distanciarse de personas con quien consumió drogas, que se encuentran en la fundación.

Dominios.

Emocional afectivo. En este plano se evidencia que F.A presenta frecuentes episodios de inestabilidad emocional, entre estos, cambios substanciales en su estado de ánimo, tristeza, desesperanza y euforia, denota baja autoestima, sentimientos de rechazo y de desprecio del medio hacía él. Expresa sentimientos de abandono de parte de su progenitor. Niega ideación suicida o intentos autolíticos.

Cognoscitivo verbal. Desde el área cognoscitiva verbal se evidencia en F.A percepción de sí mismo de inferioridad, pensamientos en ocasiones de incapacidad y sentimientos de culpa, sin embargo, refiere deseos de cambio y superación, responde de manera clara y fluida a las preguntas realizadas, logrando explicar y argumentar cada una de sus respuestas.

Interacción. Se evidencia que el joven logra mantener empatía con los demás internos y pares, respeta figuras de autoridad y acata normas, sin embargo presenta estados de irritabilidad, euforia y tendencia a ser impulsivo, en algunas ocasiones se deja influenciar por otros residentes.

Repertorios relacionados con la salud. F.A no reporta antecedentes médicos o psiquiátricos significativos

Contextos.

Académico laboral. El consultante mantuvo excelente rendimiento académico en el colegio, ocupando los primeros puestos, mantenía relaciones cordiales y respetuosas con profesores, sin

embargo de noveno a once grado, su comportamiento cambio presentado disminución a nivel académico y dificultad para respetar figuras de autoridad debido al inicio de consumo de spa.

Familiar. F.A pertenece a familia monoparental; con relaciones distantes y hostiles con figura paterna, relaciones cercanas y conflictivas con progenitora.

Pareja Sexual. Consultante que tuvo su Primera Relación Sexual (PRS) a los 14 años, heterosexual, mantenía relaciones sexuales de manera riesgosa debido al consumo de spa, escaso conocimiento de métodos anticonceptivos y de protección sexual. En el momento no mantiene ninguna relación sentimental.

Condiciones ambientales. El haber vivido en exposición directa al consumo de drogas y rodeado de expendios en el barrio en que vivía, junto al grupo de pares negativos y grupo delincuenciales desde el contexto escolar y la venta y consumo dentro de este contexto contribuyó a que F.A iniciara el consumo de spa.

Estímulos discriminativo. En cuanto a los estímulos discriminativos a nivel fisiológico y somático, presenta; diarrea, vomito, taquicardia, sudoración, nervios y ansiedad, a nivel Cognoscitivo – Verbal Pensamientos automáticos (“Voy a pegarlo”) refiriendo al consumo de bazuco. A nivel Motor – conductual; traquear los dedos.

Formulación de hipótesis.

Hipótesis. El consumo abusivo de sustancias psicoactivas que ha mantenido F.A se puede explicar por la incidencia de factores como: la ausencia de figura paterna durante su infancia y adolescencia, lo que desencadenó sentimientos de vacío afectivo que posteriormente se fueron arraigando aún más al permanecer solo por largos periodos de tiempo mientras su mamá trabajaba, experimentando sentimientos de abandono, soledad, aburrimiento e ira y a mantener ideas irracionales como “nadie me quiere” , “me toca siempre arreglármelas a mí solo”, lo cual afectó negativamente sus estados emocionales; optando por buscar aceptación y reconocimiento en grupo de pares negativos. Lo anterior se confirma mediante las teorías explicativas sobre el consumo de drogas en donde sostienen que el consumo de sustancias está relacionado por otros problemas ya

sean a nivel social, familiar, biológico, psicológico, entre otros que los hacen más vulnerables a presentar conductas antisociales (Aguilar Bustos, 2012).

Análisis explicativo.

Repertorios de autocontrol. Se puede mencionar que el consultante cuenta principalmente con estrategia de afrontamiento evitativa, con intentos por superar su problemática de consumo de spa, evade en la medida de lo posible estímulos que le provoquen ansiedad por consumo entre estos; recrearse en su pasado y mantener conversaciones con personas consumidoras de spa recién llegadas a la institución, buscando actividades que lo distraigan. Por otro lado, se observó con disposición y compromiso durante las sesiones de intervención.

Autoconocimiento. El consultante reconoce que consumir drogas le ha causado muchos problemas, y que seguir con este estilo de vida podría generarle mayores dificultades a nivel mental, físico, social y familiar. Asimismo identifica como causa de su adicción, el vacío afectivo por el abandono del padre y el permanecer aislado en su casa por largos periodos, de igual forma identifica ansiedad por consumo y logra autorregularse.

Repertorios para modificar el ambiente. F.A cuenta con habilidades sociales básicas como dirigirse a otras personas, comunicar necesidades, y capacidad de distanciarse ante un conflicto ajeno, tomó la decisión de internarse de manera autónoma en la fundación con el fin de realizar tratamiento de rehabilitación, teniendo como principal factor protector su convicción teoterapéutica. Otro recurso importante para modificar el ambiente es la estrategia de evitación a situaciones y personas que puedan provocarle ansiedad por consumo. Se adapta con facilidad a cambios en su ambiente social inmediato siguiendo normas y reconociendo figuras de autoridad.

Regulación verbal del comportamiento. En ocasiones F.A presenta auto-verbalizaciones internas de desprecio, de incapacidad y de pobre auto-concepto tales como: “no voy a ser capaz”, “nadie me quiere”, “a veces siento que no sirvo para nada”, También verbaliza frases con respecto a estados de ansiedad como: “voy a pegarlo”, “me dan deseos de coger pista”. Por otro lado, hay regulación verbal al manifestar: “Dios hará grandes cosas en mi” “debo esperar”.

Conducta clínicamente relevante. Conducta en proceso de cambio CCR1: Sentimientos de abandono y soledad (generados por ideas irracionales como “nadie me quiere”)

F.A en las primeras sesiones afirmó identificar principales factores que lo conllevaron al inicio del consumo de drogas, manifestando que el hecho de haber permanecido por mucho tiempo solo en su casa sin ninguna actividad, le reafirmó pensamientos de abandono y desprecio de sus padres hacia él, lo que le generaba tristeza, y la idea reiterativa que nadie lo quería.

Función explicativa. Las creencias nucleares reiterativas provocaron en F.A estados de ánimo negativos que lo conllevaron a tomar malas decisiones e iniciar el acercamiento a pares negativos en donde consiguió reconocimiento y aprobación mitigando necesidades afectivas y búsqueda de identidad propia de su edad (adolescencia) dando inicio al consumo de drogas.

Diagnóstico. Teniendo en cuenta la batería de pruebas aplicadas y demás instrumentos de evaluación se identificó en el consultante de acuerdo a lo estipulado por el DSM 5 un Trastorno por consumo de estimulantes, en remisión continuada, en entorno controlado, gravedad: grave; (F14.20) asociado al consumo de otras sustancias como cannabis, alcohol y tabaco, ya que cumple con los criterios establecidos:

Criterio A. Patrón de consumo de sustancias anfetaminicas, cocaína u otros estimulantes que provocan un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses. 1. Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado de lo previsto. 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes. 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos. 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes. 5. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, en la escuela o el hogar. 6. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos. 7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importante actividades sociales profesionales o de ocio. 8. Consumo recurrente de estimulantes en

situaciones en la provoca un riesgo físico. 9. Se continua con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos. 10. Tolerancia definida por alguno de los siguientes hechos: a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante. 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes: a. Presencia del síndrome de abstinencia característicos de los estimulantes b. Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (American Psychiatric Association, 2014, p. 569)

Plan de intervención. Teniendo en cuenta la problemática que ha presentado F.A respecto al consumo de drogas, se diseñó el siguiente plan de intervención, cuyo objetivo fundamental fue modificar el estilo de vida de consumo de sustancias psicoactivas. Mediante la aplicación de técnicas desde el modelo Cognitivo Conductual se plantearon los siguientes objetivos de intervención: modificar ideas y creencias irracionales, controlar y disminuir niveles de ansiedad por consumo, favorecer el manejo y gestión de estados emocionales negativos, ampliar y fortalecer estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. La intervención se planteó en el siguiente orden:

Asesoría y acompañamiento en proceso de adaptación al medio de internado de comunidad terapéutica

Asesoría a la madre del consultante acerca del tratamiento

Psicoeducación en sustancias psicoactivas y sexualidad responsable

Manejo de ansiedad por consumo mediante técnicas de detención del pensamiento y respiración diafragmática

Aplicación de auto registro para reestructuración cognitiva de Beck

Reestructuración cognitiva

Entrenamiento en estrategias de afrontamiento

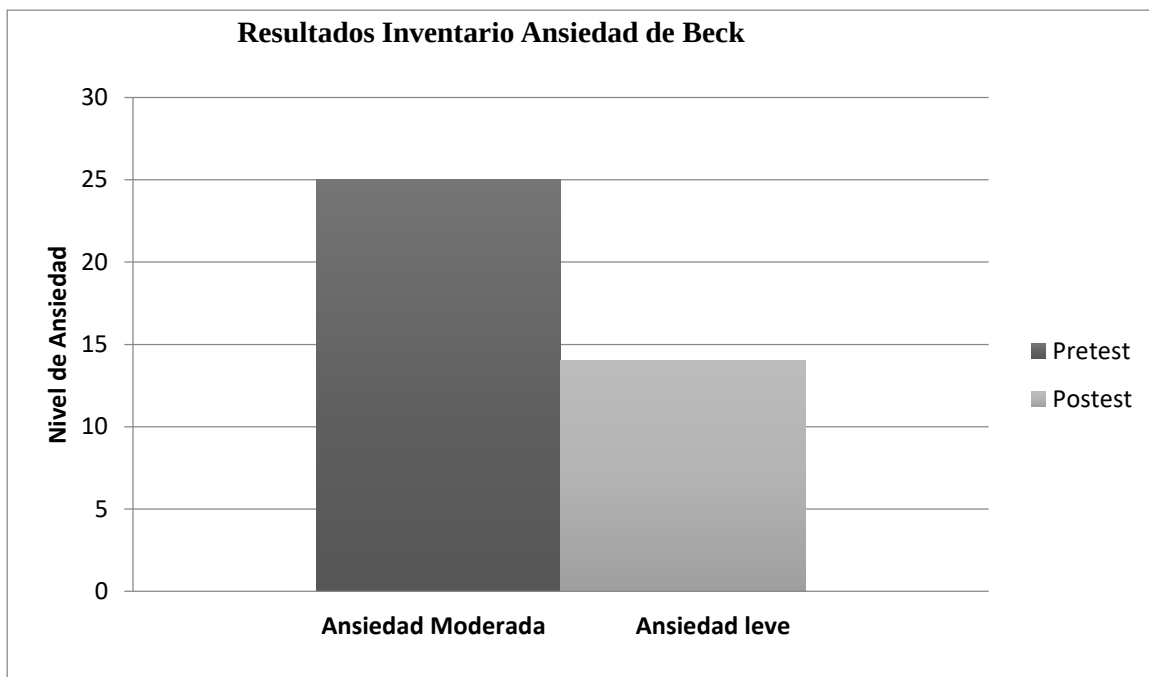
Prevención de recaídas

(Ver anexo 7 para visualizar la intervención sesión por sesión realizada. de estudio de caso único)

Resultados de la Intervención

En el proceso de intervención psicológico con FA se realizó una evaluación de la eficacia del tratamiento a través de la aplicación de pruebas antes y después de la intervención, se les llamó fase pre-test y fase post-test. A continuación se exponen los resultados obtenidos en estas dos fases en las pruebas aplicadas.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Con esta prueba se pretendía identificar sintomatología ansiosa del consultante, en la primera fase pre test, obtuvo una puntuación de 25 puntos, es decir teniendo en cuenta los parámetros de la prueba se da como resultado sintomatología de ansiedad moderada. En cambio, en la fase post-test finalizando el proceso de intervención, el consultante obtuvo 14 puntos lo que indica una sintomatología de ansiedad muy baja, que señala notablemente una disminución. (Ver gráfica 2)



Gráfica 2. Evaluación Pre-test/ Pos test. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. En referencia a los resultados de esta prueba se expone en la gráfica 3. Una línea comparativa entre el pre-test y el post-test. A grandes rasgos durante el proceso de evaluación e intervención, el consultante evidencia mejoría en cuanto a disminución de sintomatología.

Las pruebas pre-test y post-test se aceptan como aptas para ser interpretadas, ya que en las escalas de confiabilidad y validez se observa una puntuación que representa sinceridad por parte del consultante. No obstante, se evidencia en ambas aplicaciones una tendencia a valorarse negativamente, incluso peor de lo que objetivamente pudiera parecer.

Dentro de las 3 escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide) no arroja puntajes significativos que alteren las áreas mental, psicológica y física lo que representa menor riesgo de desencadenar una personalidad patológica, no se evidencia autoagresiones ni ideas suicidas. Se observa una mínima disminución en los puntales del post-test.

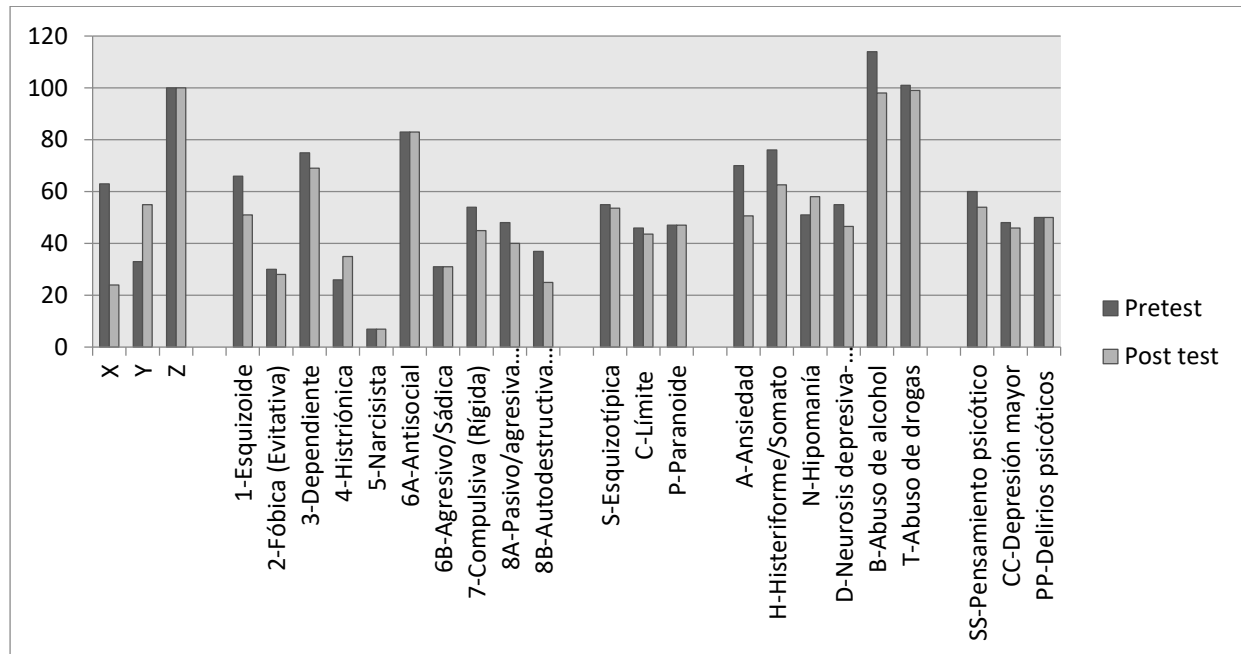
Dentro de las 10 escalas de personalidad, se evidencia una fuerte tendencia a características de personalidad antisocial: (puntuación de 83) tendencia a comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de uno mismo, patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás; esta puntuación se mantiene igual en (83), en la prueba post –test, esto debido a pensamientos y conductas adquiridos en el contexto de calle y estilo de vida de consumo. Esquemas que aún se encuentran en proceso de modificación en el medio de internamiento. Sin embargo, esto se contrasta ya que se observa en F.A respeto por las normas, las figuras de autoridad y gestos de amabilidad hacia compañeros de la institución.

Por otro lado, en el pre-test puntuó 75 en la escala de personalidad dependiente: lo que puede indicar una necesidad excesiva de que se ocupen de uno, sumisión, adhesión y temores de separación; en el post – test se observa una disminución relevante, ya que puntuó 69. Este cambio se puede explicar debido a que hacía tres meses F.A se encontraba en proceso de adaptación en la nueva institución, lo cual le generaba ansiedad y necesidad de ser acogido. A pesar de esto, se corrobora este rasgo con lo manifestado en el proceso de evaluación e intervención acerca de las relaciones con sus progenitores.

Dentro de los 6 síndromes clínicos de gravedad moderada, en el pre-test se identifican las áreas que presentan mayor deterioro del consultante, estas son: trastorno moderado de somatización, entendido como períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, ansiedad significativa, entendida como un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Además de trastorno severo de alcohol y trastorno severo de drogas; en el post test se evidenció disminución en somatización, que paso de una puntuación de 76 a 63. La escala de ansiedad disminuyó significativamente ya que pasó de una puntuación de 70 a 51. Esto se explica debido a la intervención que se realizó mediante el entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática, detención del pensamiento y estrategias de afrontamiento. Por otro lado en el pre-test el trastorno severo de alcohol puntuó 114 y bajó a 98. Una reducción similar se produjo en la escala de abuso de drogas, donde puntuó 101 y pasó a 99. Lo anterior se puede explicar debido al proceso de abstinencia en el que se encuentra F.A y el tratamiento terapéutico que se llevó a cabo.

Dentro de los 3 síndromes clínicos de gravedad severa, se denota en el consultante un contenido de pensamiento psicótico no significativo que en el pre-test puntuó 60 y en el post-test 54. La escala de depresión puntuó 48 en el pre – test y 46 en el post – test. En el caso de los delirios psicóticos se mantuvo con una puntuación de 50 en el pre – test y post – test.

Resultados inventario de Millon II



Gráfica 3. Evaluación Pre-test/ Pos test. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II

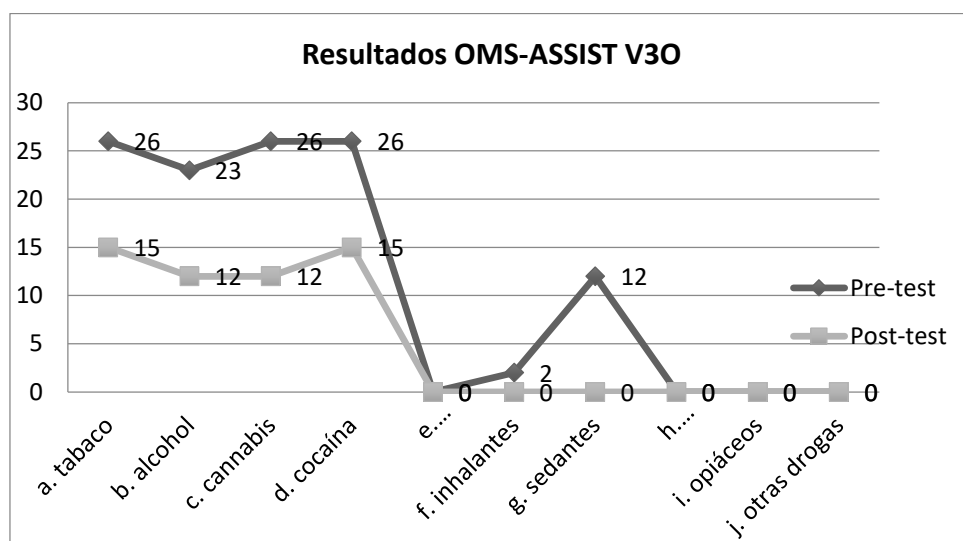
OMS-ASSIST V3.0 Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias.

En la fase pretest, los resultados obtenidos mediante el registro de puntuación para cada sustancia específica indican que el consultante ha consumido múltiples sustancias durante varios años de forma persistente, llegando a un nivel de consumo compulsivo o de dependencia (el uso se hace para evitar la crisis de abstinencia, todas las actividades de la persona van encaminadas a buscar droga, National Commission on Marihuana and Drug abuse 1973 en Luna, 2005) lo que ha derivado en una situación problemática en los contextos familiar, escolar y social; y principalmente deteriorando su salud física y mental.

Según las puntuaciones presentadas, en el inventario se debe realizar una intervención breve para el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína (bazuco y perico, que son las sustancias referidas por el consultante de mayor consumo) y sedantes; sin intervención para otras sustancias como inhalantes, anfetaminas, alucinógenos y opiáceos. La técnica de intervención breve se centra principalmente en modificar la conducta de los usuarios en relación con la sustancia más

frecuentemente usada o la que le causa la mayoría de los problemas (la identificada por el usuario o la que obtuvo la puntuación más alta de la Prueba de Detección de Consumo (OMS, 2010).

Los resultados de la prueba post-test, indican que durante los últimos tres meses no hubo consumo y notoria disminución en el deseo por consumir las sustancias tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y sedantes.



Gráfica 4. Evaluación Pre-test/ Pos test. OMS-ASSIST V3.O Prueba de detección del consumo.

En síntesis, se puede afirmar de acuerdo a la información obtenida en el proceso de evaluación con respecto a la aplicación de batería de pruebas pre-test, fue posible plantear una intervención desde el enfoque Cognitivo Conductual en donde se plantearon objetivos terapéuticos junto con el consultante mediante la implementación de técnicas como respiración diafragmática, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva, modelado, psicoeducación, estrategias de afrontamiento. Entrenando a F.A en cada una de las técnicas nombradas con el objetivo de modificar estilo de vida de consumo de sustancias psicoactivas. Los cambios obtenidos a través de la intervención psicológica fueron:

Mediante la técnica de psicoeducación aplicada en 2 sesiones, se consiguió educar al consultante acerca de la afectación del consumo de sustancias psicoactivas, sexualidad responsable y las diferentes técnicas terapéuticas aplicadas durante la intervención. Además, se educó a la

progenitora sobre las principales afectaciones del consumo de sustancias, así como los posibles desencadenantes del comportamiento de F.A y la importancia de proporcionar acompañamiento al proceso de rehabilitación de su hijo.

A través de la respiración diafragmática aplicada en 5 sesiones, se entrenó al consultante con el objetivo de disminuir niveles de ansiedad por consumo, indicándole la importancia de activar la respuesta de relajación del organismo en situación de estrés y ansiedad; evidenciándose aceptación a la técnica y práctica frecuente. Esto se puede corroborar mediante manifestaciones hechas por el consultante y en los resultados post test de batería de pruebas aplicadas.

Por medio de la aplicación de las técnicas de detención del pensamiento y modelado, que se realizaron en 5 sesiones, el consultante logró hacer parada de pensamientos automáticos asociados al consumo y a su área afectiva y de autoestima.

Mediante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva, utilizada en 4 sesiones, se discutió mediante dialogo socrático acerca de principales ideas irracionales y creencias nucleares y la afectación que estas tenían según la triada cognitiva, (pensamiento, emoción y conducta). F.A logró identificar pensamientos distorsionados que le causaban estados emocionales negativos, concibiendo una nueva visión frente a la vida y a su problemática. Esto se puede corroborar con los resultados de la batería de pruebas aplicadas y lo manifestado por el consultante.

A través de 2 sesiones de entrenamiento en estrategias de afrontamiento como reevaluación positiva y solución de problemas, búsqueda de ayuda y expresión de sentimientos; el consultante amplió su repertorio de estrategias para hacer frente a situaciones estresoras o de conflicto, las cuales pueden desencadenar una posible recaída.

En cuanto a la prevención de recaídas se trabajó con el consultante durante 2 sesiones la identificación de factores de riesgo de recaída y de cómo afrontarlos, partiendo de las técnicas de autocontrol adquiridas durante la intervención, evidenciando manejo principalmente en respiración diafragmática, detención del pensamiento y habilidades de afrontamiento.

Discusión

Teniendo en cuenta que la institución donde se realizó la intervención del presente caso durante la práctica de psicología clínica, es una comunidad terapéutica de tipo religioso, también llamada comunidad teoterapéutica, cuyo objetivo principal es la desintoxicación y rehabilitación de personas con problemas de adicción a las drogas mediante un principio de fe en un Dios, manteniendo la total abstinencia y la práctica de rutinas que buscan la modificación del estilo de vida de los residentes; que coincide con lo hallado por Murcia & Orejuela (2014) acerca de las características de estas instituciones.

Se observó que bajo estas condiciones, las ventajas encontradas para la intervención psicológica de FA fueron la desintoxicación, el mantenimiento de la abstinencia, la integración en las actividades comunitarias como rutinas del nuevo estilo de vida libre de drogas y el desarrollo de valores espirituales para afrontar su problemática.

Sin embargo, durante la intervención se observaron en el consultante creencias religiosas que exoneran de responsabilidad a la persona del cambio que puede hacer sobre su vida dejando este cambio a un poder superior; frente a esta situación y respetando sus convicciones religiosas, se discutió con F.A de la importancia de responsabilizarse en la toma de decisiones frente a pensamientos, emociones y conductas.

En ese orden de ideas, se podría acudir a una publicación que hace Anderson y Asmundson (2006) en donde ven la importancia de tener en cuenta la relación entre Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y religión, partiendo del hecho de que la TCC presenta un modelo de trabajo que se apoya sobre el respeto de las creencias de los paciente, las creencias no deben ser evaluadas como buenas o malas, sino leídas desde su funcionalidad. Por tanto es importante discutir la cosmovisión del paciente en términos operacionales en los que las creencias religiosas son parte de la discusión. Esta discusión se lleva a cabo desde la propia lógica interna de las creencias del paciente (Citado en Korman, Garay, & Sarudiansky, 2008). Esto es posible debido a que ellas inciden en la forma en que se lee el mundo, las personas sostienen creencias desde las que evalúan su desempeño en la vida. Según esta corriente teórica:

“Las creencias y las prácticas religiosas pueden proveer soluciones a numerosos problemas de la vida; sin embargo, pueden a su vez crear conflicto, culpa y miedo” (Patel, 1995 citado en (Korman, Garay, & Sarudiansky, 2008, p. 55).

El proceso terapéutico desde el modelo Cognitivo Conductual se compone de varias etapas que requiere un seguimiento aplicado para conseguir los objetivos planteados en el mismo. El primero de estos objetivos sin el cual hubiera sido imposible conseguir los objetivos terapéuticos propuestos, fue el de establecer rapport y una óptima alianza terapéutica con el consultante, caracterizada por la confianza, el respeto y el compromiso mutuo; que coincide con lo que afirma Bordin (1994) con respecto a la alianza terapéutica que define como un vínculo entre paciente y terapeuta que “probablemente se siente y expresa por medio del aprecio, la confianza y el respeto mutuo, y por la percepción de que existe un compromiso común y una recíproca comprensión de las actividades psicoterapéuticas” (citado en Corbella & Botella, 2003 p.206)

Esta alianza terapéutica obtenida con el consultante, se podría explicar en gran medida por el profundo interés y necesidad de apoyo de FA por dejar el consumo de sustancias y cambiar su estilo de vida. Que de acuerdo al modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Di Clemente (1993), permite identificar diferentes niveles de predisposición que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva; en ese orden de ideas, en el inicio de la intervención psicológica, FA ya había superado los estadios de pre contemplación y contemplación, encontrándose en el estadio de preparación ya que había decidido iniciar el tratamiento para superar la adicción, durante la intervención pasó a la etapa de Actuación en la que se observan cambios notorios en la conducta adictiva. “Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses” (Becona, y otros, 2011, p 24). Esto se evidenció en el buen desempeño, disposición durante las sesiones y los resultados satisfactorios con respecto a las acciones que ejecutó en la modificación de su estilo de vida; finalizado éste, FA se encuentra próximo a pasar a la etapa de Mantenimiento donde se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

Luego de la recepción del caso, se realiza una valoración inicial que plantea hipótesis de un posible diagnóstico por abuso de sustancias psicoactivas asociado a problemática en los distintos ejes de funcionamiento del consultante. Posterior a esto, se hace un proceso de evaluación a partir del diligenciamiento de la historia clínica, la aplicación de pruebas y el análisis funcional, permitiendo corroborar las hipótesis iniciales. En base a lo anterior, se consigue establecer el siguiente diagnóstico de acuerdo al DSM 5: (F14.20) Trastorno por consumo de estimulantes, en remisión continuada, en entorno controlado, gravedad: grave; asociado al consumo de otras sustancias como cannabis, alcohol y tabaco. Por otro lado se identificaron sentimientos de ambivalencia hacia figura paterna, altos niveles de ansiedad por consumo, pensamientos irracionales reiterativos, así como pobre autoimagen, dificultad para expresar sus emociones, déficit en habilidades de afrontamiento y rasgos de personalidad antisocial.

Con base en lo anterior, se estableció un plan de intervención dando prioridad a las particularidades del consultante, que de acuerdo al primer principio de las recomendaciones que hace el NIDA para un tratamiento efectivo dice: “No hay un tratamiento único que sea eficaz para todos los individuos” (citado en Becoña & otros, 2011, p. 18) y que tuvo como principal objetivo brindar una atención acorde a las necesidades del consultante en el manejo de la ansiedad por consumo, disminución de pensamientos irracionales, detención del pensamiento, fortalecimiento en estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas. De esta manera, se proporcionaron al consultante de herramientas para modificar el estilo de vida de consumo de sustancias. La implementación de técnicas terapéuticas con sustento teórico corroboran la efectividad de los tratamientos cognitivo conductual en adicciones, lo cual se manifiesta en diversos metaanálisis que han aportado evidencia sobre los beneficios y limitaciones en el tratamiento de la dependencia de sustancias (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999; Miller y Wilbourne, 2002 citado en Becoña, y otros, 2011).

Teniendo en cuenta que desde la terapia cognitiva especialmente desde las técnicas de detención del pensamiento y reestructuración cognitiva, como base fundamental para modificar pensamientos y por ende emociones y conductas como lo afirma (Beck 1979 citado en Becoña y otros, 2011) se logra en F.A una nueva visión frente a su historia de vida y pensamientos propios que le ayudaran a obtener un modelo conceptual comprensible de su problema y el uso autónomo

de habilidades para promover el cambio, teniendo claro que el cambio se atribuye más al consultante que al terapeuta (Scott, Gilvarry y Farrell, 1998 citado en Becoña y otros, 2011).

Es importante resaltar los cambios efectuados en F.A en el transcurso de la intervención realizada notándose una disminución gradual de ansiedad por consumo, siendo este síntoma el que con mayor frecuencia presento junto con los pensamientos automáticos y las ideas irracionales, logrando identificar el contenido distorsionado de sus pensamientos y realizar reestructuración cognitiva en sus principales distorsiones cognitivas, además de fortalecer estrategias de afrontamiento y autocontrol.

Según lo expuesto anteriormente F.A logró identificar situaciones de riesgo y poner en marcha las diferentes técnicas aprendidas durante la intervención, aumentando el nivel de conocimiento y conciencia frente a su problemática.

Por último, la intervención realizada desde el enfoque cognitivo conductual demuestra la importancia del tratamiento psicológico en el trastorno por consumo de sustancias, como lo afirma (Sanchez & Gradolí, 2002). No obstante, la intervención debe de ajustarse al igual que en otras disciplinas a la utilización de técnicas e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en la clínica. Las diferencias en los perfiles de nuestros consultantes y los tratamientos con validez empírica orientarán los tratamientos individualizados en función de las necesidades de cada paciente.

Conclusiones

A partir de la intervención realizada desde el enfoque cognitivo conductual aplicado especialmente en adicciones se hace importante resaltar la efectividad del enfoque teniendo en cuenta los cambios obtenidos, manifestados y corroborados mediante la batería de pruebas y técnicas aplicadas al consultante.

Por otro lado, el ejercicio de intervención psicológico desde la práctica clínica permite trabajar desde lo teórico práctico, con la implementación de herramientas adecuadas de evaluación e intervención, además facilita el desarrollo de habilidades terapéuticas afianzadas en el conocimiento adquirido durante la especialización desde la psicología clínica y al mismo tiempo permite hacer una reflexión frente a la importancia de la responsabilidad y ética del profesional en cada caso a intervenir.

De esta manera, la práctica se convierte en un elemento indispensable ya que permite enfrentar la realidad y poner en marcha conocimientos y habilidades propias de cada terapeuta, aportando experiencia y mayores aprendizajes enfocados a las necesidades encontradas en el medio laboral.

Es de suma importancia resaltar la disposición y compromiso del consultante durante la intervención, ya que esto permitió establecer rapport y una óptima alianza terapéutica con el consultante, caracterizado por la confianza, el respeto y el compromiso mutuo.

Por último, teniendo en cuenta los objetivos planteados junto con el consultante y ya terminada la intervención se evidencia los siguientes resultados:

Aumento en el conocimiento sobre los factores de riesgo para una recaída de consumo de spa, reducción en niveles de ansiedad por consumo, disminución en esquemas de creencias e ideas irracionales, mayor control sobre estados de ánimo negativos, ampliación de repertorio en estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes.

Recomendaciones

Es importante que el psicólogo realice un seguimiento periódico de tres meses y luego de seis meses, con el fin de verificar el mantenimiento de los cambios obtenidos en la intervención, así como para observar el efecto de la intervención a mediano y largo plazo.

Con relación a la institución se recomienda modificar el formato de historia clínica que permita, consignar aspectos relevantes para la evaluación, diagnóstico e intervención de los casos por atender, además se sugiere implementar actividades ocupacionales físicas y lúdicas para el aprovechamiento del tiempo libre, que permita a la vez regular estados emocionales negativos y manejo de ansiedad de los residentes.

Referencias

- Aguilar Bustos, O. E. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 69-70. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278001>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM - 5* (Quinta ed.). Madrid, España: Panamericana.
- Barra, A., & Diazconti, R. (2013). *Guías para el Debate: Las diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia a las drogas*. México: Espolea A.C.
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 25-32.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barriero, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., & Villanueva, V. (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Camacho, J. M. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva.
- Carvajal-Rodriguez, L. (2013). El consentimiento Informado. *Acta pediátrica*, 53-54.
- Colciencias. (2015). *Encuesta de Salud Mental*. Bogotá.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2011). Evaluación del Inventario de BAI.
- Cruz Navarro, L., & Duran Sanchez, P. (2016). Que Influye en el Inicio y Mantenimiento del Consumo de Drogas. *Aesthesis*.
- Departamento Nacional de Planeación. (2016). *Narcomenudeo, una Transformación de la Economía Criminal*. Bogotá. Obtenido de <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Narcomenudeo,-un-lucrativo-negocio-que-mueve-6-billones-de%20pesos%20anuales.aspx>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La Entrevista, Recurso Flexible y Dinámico.
- Fernández-Montalvo, J., López Goñi, J., Landa, N. I., Illescas, C., Lorea, I., & Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 271-283. Recuperado el 20 de octubre de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740202.pdf>
- Gobierno de Colombia. (2014). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Bogotá: ALVI Impresores S.A.S.

- González Llona, I., Tumuluru, S., González-Torres, M., & Gaviria, M. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Graña Gómez, J. L., & Muñoz Rivas, M. J. (2007). Tratamiento Cognitivo Conductual para la adicción a la heroína y la cocaína. En V. E. Caballo, *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Transtornos Psicológicos* (Segunda ed., Vol. II). Madrid: Siglo XXI. Recuperado el 2017
- Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. (2008).
- Hernández , R., Fernández , C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* . Mexico D.F: McGraw -Hill.
- ISIPEDIA. (2015). *Apuntes de Psicología Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas*. Obtenido de <http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/09-tecnicas-de-habilidades-de-afrontamiento-y-solucion-de-problemas>
- Korman, G. P., Garay, C., & Sarudiansky, M. (2008). Psicoterapia cognitiva y Religión: ¿Qué debe saber un terapeuta Cognitivo de la diversidad Religiosa de la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense. *SUMMA Psicológica UST*, 5(2), 53-62.
- López Miguel, M. J., Nava Arquillo, B., & García Osuna, D. (2010). Características psicopatológicas y trastornos de personalidad en dependientes de sustancias y sus implicaciones en la obtención de alta terapéutica. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos*.
- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *ADICCIONES*, 21(1), 57-64. Recuperado el 20 de octubre de 2017, de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/252/241>
- Lozano, J. F., Rubio , E. M., & Pérez , M. A. (1999). Eficacia de la técnica de Detencion del Pensameinto en diferentes Trastornos Piscologicos. *Psicologia Conductual*, 7, 471-499.
- Luna, J. A. (2005). *Logoterapia y Drogadiccion*. Bogota: San Pablo.
- Martinez Hernandez, J. (2006). Historia Clinica. *Cudernos de Bioetica*, 57-68.
- Millon, T., & Ávila, A. (1998). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ministerio de Salud y Proteccion Social. (8 de Julio de 1999). Resolucion número 1995 de 1999. *Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clinica*. Bogotá, Colombia.

- Murcia Zorrilla, M. D., Orejuela Gómez, J. J., & Patiño Torres, J. F. (2016). *De la Psicoterapia a la Teoterapia, Sentidos subjetivos respecto al proceso teoterapéutico en personas adictas a sustancias psicoactivas con experiencia previa en psicoterapia*. Cali, Colombia: Bonaventuriana.
- Murcia, M. d., & Orejuela, J. J. (2014). Comunidades Teoterapéuticas y Psicoterapéuticas como tratamiento para la adicción a spa: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología*, 153-172.
- NIDA. (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. *National Institute on Drug Abuse*. Obtenido de Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones>
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. Mexico: Cengage Learning Editores.
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). *Caracterización Regional de la problemática asociada a las drogas ilícitas en el departamento de Santander*.
- Observatorio Interamericano de Drogas. (2015). *Uso de drogas en Las Américas*. Washington: Organización de Estados Americanos.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). *Informe Mundial sobre las drogas*. Naciones Unidas.
- OMS. (2010). *Intervencion Breve vinculada al ASSIST para el consumo nocivo y riesgoso de sustancias*. OMS.
- Organizacion Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid España: Ministerio de sanidad y consumo. Obtenido de www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Intervencion Breve vinculada a Assist para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. *Organizacion Panamericana de la Salud*.
- Quiceno, J., & Vinnacia, S. (2009). . (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. 5 (2),. *Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336. Recuperado el 7 de 12 de 2017, de <http://revistas.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/viewFile/261/439>
- Reynoso Erazo, L., & Seligson Nisenbaum, I. (2005). *Psicologia Clinica de la Salud: un Enfoque Conductual*. Manual Moderno.
- Saenz, J. (2007). Algunos problemas con la utilizacion de la Adaptacion Española del Inventario Clinico Multiaxial de Millon II con fines Diagnosticos. *Scielo*.
- Sanchez, E., & Gradolí, V. (2002). Terapia Breve en la Adiccion a las Drogas. *Papeles del Psicologo*, 49-54.

- Secretaría de Salud de Santander. (2012). *Situación del consumo de Drogas en Santander*. Bucaramanga.
- Valencia Vélez, A. (2014). Perspectivas Terapéuticas en Adicciones. En A. C. Ojeda-Simeón, *Adicciones: Causas, Sentidos y Posibles Soluciones*. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander.
- Velásquez-Martínez, M. C., & Ortiz, J. G. (2014). Abuso de Drogas: Generalidades Neurobiológicas y Terapéuticas. *Actualidades en Psicología*, 28(117), 21-25. doi:<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v28i117.14135>Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.
- Villalobos, B. (2010). Berruecos VillalDrogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *CUICUILCO*, 61-81. Obtenido de Berruecos Villalobos, L; (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35117055005>

Anexos

Anexo 1. Formato de Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PRÁCTICA ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cordial saludo,

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarlo a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Vigilada Mineducación



Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecue a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta.

CUESTIONES RELATIVAS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

1. Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. El abordaje terapéutico será el adecuado a cada situación clínica y se inscribe dentro del marco de la psicoterapia basada en la evidencia.
3. Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.

CUESTIONES RELATIVAS A LA DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

1. El tratamiento se llevara a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante. Las consultas tienen una duración promedio de 50 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
2. El plazo del tratamiento será el que el profesional juzgue necesario de acuerdo a la problemática que ha generado la consulta.

CUESTIONES RELATIVAS AL PAGO DE HONORARIOS

1. En razón a que el presente proceso terapéutico se enmarca dentro de un contexto de práctica/pasantía usted no deberá cancelar en ningún momento honorarios derivados del servicio que como terapeuta yo le ofrezco.
2. Usted no recibirá en ningún momento del proceso retribución económica ni pagos por asistir a las consultas.

CUESTIONES RELATIVAS A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO



1. El tratamiento podrá ser interrumpido en forma unilateral por el paciente en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al profesional tratante, quien evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para el mismo o para terceros. Reservándose el derecho de notificar a quien considere responsable.
2. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
3. El paciente se responsabiliza a seguir las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le imparta: inter consulta con profesionales médicos y no médicos y eventual derivación institucional.

Yo _____ mayor de edad
 identificado con cédula de ciudadanía número _____
 de _____ manifiesto la veracidad de los datos personales
 aportados para la confección de la historia clínica, y que he recibido información
 suficiente acerca del tratamiento. Confirmando que doy voluntariamente mi
 consentimiento a iniciar un proceso terapéutico con el/la psicólogo/a
 _____ practicante de la especialización en
 Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia
 Bolivariana seccional Bucaramanga, bajo la supervisión de la psicóloga Magda
 Yaneth Acevedo Rodríguez, luego de haber considerado las condiciones explicadas
 anteriormente

Nombre del paciente: _____

Cédula de ciudadanía: _____ **de** _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del profesional: _____

Cédula de ciudadanía: _____ **de** _____

Tarjeta profesional: _____



Cargo: Psicólogo/a practicante de especialización en Psicología Clínica

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del supervisor: Magda Yaneth Acevedo Rodríguez

Cargo: Supervisora de prácticas especialización en Psicología Clínica

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2: Formato de Historia Clínica

Fecha de ingreso	VALORACIÓN PSICOLOGICA DE INGRESO		Fecha de Valoración
Nombre:			Edad:
Documento de Identidad:		Expedida en:	
Fecha de Nacimiento:			Lugar:
Dirección:	Barrio:	Teléfono:	
Escolaridad Aprobada:		Profesión u oficio:	
Remitido por:			
Motivo de consulta:			

DATOS FAMILIARES			
NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACION
HISTORIA PERSONAL			

EXAMEN MENTAL
Porte y actitud:
Conciencia
Atención
Orientación:
Memoria:
Lenguaje:
Sensopercepcion:
Estado de ánimo:
Sueño:

Inteligencia:							
Juicio y raciocinio:							
Conducta motora:							
Conducta alimentaria:							
Conducta sexual:							
PATRON DE CONSUMO DE SPA							
Características	Droga de inicio	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Tipo de droga							
Ha consumido la sustancia durante el último año							
Ha consumido la sustancia durante el último mes							
Frecuencia de uso							
Vía de administración frecuente							
Edad en la que la uso por primera vez							
Escenario habitual de consumo							
Tiempo total de consumo en años							

NIVEL COMPORTAMENTAL

NIVEL EMOCIONAL

NIVEL SOCIAL

--

GENOGRAMA

FACTORES DE RIESGO / PROTECTORES

HIPOTESIS EXPLICATIVA

INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

--

PLAN DE INTERVENCIÓN

--

FIRMA

Profesional de Psicología
--

Anexo 3. Formato Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	☐	☐	☐
2	Acalorado.	☐	☐	☐
3	Con temblor en las piernas.	☐	☐	☐
4	Incapaz de relajarse	☐	☐	☐
5	Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☐
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐
8	Inestable.	☐	☐	☐
9	Atemorizado o asustado.	☐	☐	☐
10	Nervioso.	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☐
12	Con temblores en las manos.	☐	☐	☐
13	Inquieto, inseguro.	☐	☐	☐
14	Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐
15	Con sensación de ahogo.	☐	☐	☐
16	Con temor a morir.	☐	☐	☐
17	Con miedo.	☐	☐	☐
18	Con problemas digestivos.	☐	☐	☐
19	Con desvanecimientos.	☐	☐	☐
20	Con rubor facial.	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	☐	☐	☐

Anexo 4 Cuestionario de Personalidad de Millon II

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.

- 26.Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
- 27.Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
- 28.Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
- 29.Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 30.Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
- 31.Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
- 32.Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
- 33.Casi siempre me siento débil y cansado.
- 34.Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
- 35.A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
- 36.Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
- 37.Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
- 38.Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
- 39.Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
- 40.En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
- 41.Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
- 42.Soy una persona muy agradable y dócil.
- 43.La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
- 44.No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
- 45.En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
- 46.Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
- 47.Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
- 48.Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 49.Soy una persona tranquila y temerosa.
- 50.Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 51.Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
- 52.Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 53.Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.

54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabi-hondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar la llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

- 81.Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
- 82.No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
- 83.Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 84.Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
- 85.Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 86.Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
- 87.Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
- 88.Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
- 89.Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
- 90.No he visto ningún coche en los últimos diez años.
- 91.No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero
- 92.El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
- 93.Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
- 94.Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
- 95.Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
- 96.En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
- 97.Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 98.Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
- 99.En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
- 100.Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
- 101.No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
- 102.Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
- 103.Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
- 104.Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
- 105.En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
- 106.Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
- 107.Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
- 108.Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.

- 109.Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 110.Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
- 111.Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
- 112.Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
- 113.Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
- 114.Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
- 115.A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
- 116.La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
- 117.Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
- 118.Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
- 119.Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
- 120.Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
- 121.Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
- 122.Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
- 123.Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
- 124.Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 125.Me resulta fácil hacer muchos amigos.
- 126.Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 127.Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
- 128.Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
- 129.No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 130.He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
- 131.Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
- 132.Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
- 133.Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
- 134.Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 135.Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
- 136.En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
- 137.Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.

- 138.La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
- 139.Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
- 140.El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 141.Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
- 142.Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 143.No me importa que la gente no se interese por mí.
- 144.Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
- 145.La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 146.Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
- 147.Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
- 148.A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
- 149.Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
- 150.No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
- 151.En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
- 152.En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
- 153.Estoy de acuerdo con el refrán:"Al que madruga Dios le ayuda".
- 154.Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
- 155.Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
- 156.Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
- 157.En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
- 158.Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
- 159.Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
- 160.Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 161.Rara vez me emociono mucho con algo.
- 162.Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
- 163.No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

FIN DE LA PRUEBA

COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR ALGUNA FRASE.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo 5. Formato Prueba OMS – ASSIST V3.0

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR		País			CLÍNICA	
Nº PARTICIPANTE		FECHA				

INTRODUCCIÓN *(Léalo por favor al participante)*

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

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

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

Pregunta 1
(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

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

Compruebe si todas las respuestas son negativas: "¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"	<i>Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.</i> <i>Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.</i>
--	---

Pregunta 2

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

Si ha respondido "Nunca" a todos los 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 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

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

Pregunta 4

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

Pregunta 5

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

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

Pregunta 6

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

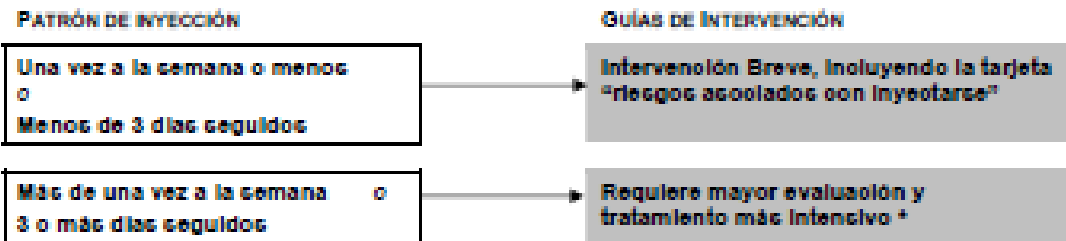
Pregunta 7

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

Pregunta 8

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

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



CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P6c + P8c + P7c

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

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

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

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

OMS ASSIST V3.0 TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes*Tarjeta de respuesta - sustancias*

a. Tabaco (cigarrillos, cigamos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, fariopa, crack, base, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfida/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otros - especifique:

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

SI, pero no en los últimos 3 meses

SI, en los últimos 3 meses

**Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
(OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes**

Nombre _____ Fecha del Test _____

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o Pastillas para dormir		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
j. Otros – especificar		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo:	Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.
Moderado:	Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.
Alto:	Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

¿Está preocupado sobre su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐
	El consumo habitual de tabaco se asocia con: (marque una)
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel
	Infecciones respiratorias y asma
	Aumento de la presión arterial, diabetes
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores
	Abortos, partos prematuros y niños con bajos pesos al nacer de madres fumadoras embarazadas
	Enfermedades renales
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Enfermedad cardíaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares
	Cánceres

b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐
	La ingesta excesiva habitual de alcohol se asocia con: (marque una)
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales
	Dificultad para recordar y solucionar problemas
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de embarazadas bebedoras
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática
	Cánceres, suicidio

c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐
	El consumo habitual de cannabis se asocia con: (marque una)
	Problemas con la atención y motivación
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
	Pérdida de memoria y en la capacidad de solución de problemas
	Aumento de la presión arterial
	Asma, bronquitis
	Psicosis en aquellas personas con antecedentes familiares de esquizofrenia
	Enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Cánceres

d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ☐	Moderado ☐	Alto ☐
	El consumo habitual de cocaína se asocia con: (marque una)			
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso			
	Sensación de adormecimiento, acartonamiento en la piel, rascado en la piel			
	Accidentes y lesiones, problemas económicos			
	Pensamientos irracionales			
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía			
	Agresividad y paranoia			
	Craving o deseo intenso, stress debido al estilo de vida			
	Psicosis tras el consumo repetido a altas dosis			
	Muerte súbita debido a problemas cardíacos			

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ☐	Moderado ☐	Alto ☐
	El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con: (marque una)			
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación			
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares			
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia			
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/dificultad			
	Agresividad y conducta violenta			
	Psicosis tras el consumo continuado a altas dosis			
	Daño cerebral permanente			
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (del éxtasis) en situaciones raras			

f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ☐	Moderado ☐	Alto ☐
	El consumo habitual de Inhalantes se asocia con: (marque una)			
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa			
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales			
	Indigestión, úlceras estomacales			
	Accidentes y lesiones			
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión			
	Alteraciones en la coordinación, entumecimiento en las reacciones, hipoxia			
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (corazón, pulmón, hígado, riñones)			
	Muerte por fallo cardíaco			

g. Sedantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ☐	Moderado ☒	Alto ☐
	El consumo habitual de sedantes se asocia con: (marque una)			
	Sedación, mareo y confusión			
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas			
	Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar			
	Problemas de sueño			
	Ansiedad y depresión			
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo.			
	Síntomas de abstinencia graves			
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras.			

h. Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ☐	Moderado ☒	Alto ☐
	El consumo habitual de alucinógenos se asocia con: (marque una)			
	Alucinaciones (placenteras o molestas) – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias			
	Dificultades para dormir			
	Náuseas y vómitos			
	Aumento en la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial			
	Cambios de humor			
	Ansiedad, pánico, paranoia			
	Flash-backs			
	Aumento en los efectos de enfermedades mentales como la esquizofrenia			

i. opiáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es:	Bajo ☐	Moderado ☒	Alto ☐
	El consumo habitual de opiáceos se asocia con: (marque una)			
	Picor, náusea y vómitos			
	Mareos			
	Estreñimiento, deterioro de los dientes			
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas			
	Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual			
	Dificultades de pareja			
	Problemas económicos y laborales, delincuencia			
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia			
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria			

Anexo 6. Formulación de Caso

FASE DESCRIPTIVA

1. LISTADO DE PROBLEMAS Y OBJETIVOS TERMINALES

Motivo de Consulta: “mi mayor problema son las drogas” “deseo dejar de consumir”

Problemas	Descriptores	Objetivo General	Objetivos Específicos	Indicadores de Progreso
(F14.20) Trastorno por consumo de estimulantes, en remisión continuada, en entorno controlado, gravedad: grave; asociado al consumo de otras sustancias como cannabis, alcohol y tabaco.	Teniendo en cuenta el abuso de consumo de drogas y el proceso de remisión actual, se observan estados transitorios de ansiedad por consumo cuyos síntomas fisiológicos son: nerviosismo, sudoración excesiva, temblores, disminución de temperatura. Síntomas somáticos como: decaimiento físico, pérdida de fuerza momentánea. Cognitivo verbal: pensamiento psicótico “en las noches cuando duermo siento que	Deshabituar el estilo de vida de consumo de sustancias psicoactivas del consultante, mediante terapia cognitivo conductual.	Identificar las situaciones que llevan al consultante a consumir spa. Reducir niveles de ansiedad por consumo Reestructurar principales esquemas e ideas irracionales. Desarrollar habilidades de afrontamiento ante situaciones que generen estados de ánimo negativos.	Aumentar el conocimiento en el consultante en un 50% sobre los factores de riesgo para una recaída en consumo de spa Reducir niveles de craving en un 50% en el consultante Disminuir esquemas de creencias e ideas irracionales en un 25% en el consultante.

	mujeres bonitas me hacen el amor” e ideas irracionales: “no voy a ser capaz de seguir”, “nadie me quiere” Motor conductual: inquietud motora. Frustración, irritabilidad, desgano, sentimientos de culpa. Hay estímulos ambientales como conversaciones sobre estilo de vida de consumo, exceso de tiempo libre, llamados de atención por parte los superiores.			Reducir estados de ánimo negativos en un 30% en el consultante Implementar estrategias de afrontamiento en un 50%
Otros problemas				
Ausentismo figura paterna	El ausentismo de la figura paterna ha desencadenado en el consultante sentimientos de abandono, rechazo y resentimiento hacia él “mi papá me ha hecho falta” “a ese señor ya no lo quiero ver”	Modificar ideas irracionales con respecto a situación de ausentismo de figura paterna	Identificar principales ideas irracionales Realizar reestructuración cognitiva	Reducir pensamientos y sentimientos frente a figura paterna en un 25%

	además de ideas irracionales que generan incapacidad y baja autoestima.			
Inadecuados patrones de crianza por parte de progenitora	En base a la información obtenida con respecto al desarrollo y crianza del consultante, se identifican patrones de crianza inadecuados de parte de progenitora como; falta de límites y normas, permisividad en el manejo de autoridad, escasas demostraciones de afecto, gratificaciones materiales sin merecimiento, manipulación del consultante hacia figura materna y permanencia en casa solo.	Psicoeducar a progenitora en manejo adecuado de normas, límites, autoridad, tiempo significativo y demostraciones de afecto.	Informar a progenitora acerca de incidencia de pautas inadecuadas de crianza como: ausencia de normas y límites, permisividad, uso de gratificaciones materiales sin merecimiento y falta de demostraciones de afecto y tiempo significativo. Asesorar a progenitora acerca del tratamiento de rehabilitación en el que se encuentra su hijo, e importancia de un adecuado acompañamiento.	Propiciar el acompañamiento de la progenitora al consultante cada 15 días o al menos una vez al mes (tiempo significativo)

2. ANÁLISIS FUNCIONAL – CLASES DE RESPUESTA

Conducta Problema: Sentimientos de abandono y soledad (dados por ideas irracionales como “nadie me quiere”						
Antecedentes		Relación	Respuestas			
Contexto	Evento					
Externo: • Social Influencia de pares negativos Influencia de grupo (parche del barrio) • Lugar Calle, colegio, lugar de expendio (olla), parque. Hora: Tardes y noches Interno: • Reglas verbales “vamos a pegarlo” “pa las que sea”	Exteroceptivos Encontrarse en la casa sólo Exposición directa a las drogas Interactuar con pares negativos	Condicionada - Observar pasar el grupo (parche) con quienes consumía por el frente de su casa, activa el SNA Encontrarse cerca o en el lugar de expendio de drogas, activa el SNA	Fisiológico – Somático Diarrea, vomito, taquicardia, sudoración, nervios, ansiedad	Relación	Consecuencias	
	Interoceptivos Recordar un evento de consumo. Rituales con el “parche”)		Cognoscitivo – Verbal Pensamientos automáticos (“Voy a pegarlo”) refiriendo al consumo de basuco.		Inmediatas	Demoradas
			Motor conductual – Traquear los dedos.			

“Me voy a embalar” “me voy a meter un viaje para olvidarme de todo” • Activación SNA SN Simpático, aceleración cardíaca, dilatación de pupilas, alteración del patrón de alimentación,	Pensamientos y emociones negativos (incapacidad de dejar la droga, soledad, ira, irritabilidad) Deseo irresistible por la droga Escuchar música ritmo (cumbias)	(ansiedad, dilatación de pupilas, aceleración de ritmo cardíaco, sequedad de boca) Mediada El estímulo: encontrarse con el parche favorece pensamientos anticipatorios de la conducta de consumo diciéndose a sí mismo: “voy a pegarlo, me quiero relajar.” Discriminativa -Encontrarse con el lugar de	Armar la pipa para consumir basuco.	debido a la gratificación física y mental causado por efecto de la sustancia. Y refuerzo negativo al disminuir sentimientos de soledad.		Crisis de abstinencia Sentimientos de culpabilidad, alteración del SN, dificultades desde las diferentes áreas del funcionamiento.
			Conducta Funcionalmente Opuesta Se encuentra institucionalizado en comunidad teoterapéutica	C (+ / -) Al abstenerse de consumir sustancias dejará de recibir gratificación inmediata por efecto de la sustancia, sin embargo, esta conducta sería consistente de acuerdo al propósito de	Sentimientos de hacer lo correcto, paralelo esto posible craving	Normalización del funcionamiento físico y mental.

		expendido de droga. -Interactuar con pares negativos (parche). -Recordar evento de consumo. (estímulos incondicionado s): incita la conducta operante de consumo de drogas, lo cual genera estimulo, condicionado de gratificación		modificar estilo de vida		
--	--	--	--	---------------------------------	--	--

3. COMUNALIDADES DEL ANÁLISIS FUNCIONAL – CLASES DE RESPUESTA

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS			
	Actuales	Refuerzo -	Refuerzo +	Feedback	Castigo
Interoceptivos Diarrea, vomito, taquicardia, sudoración, nervios, craving	Labilidad de afecto, irritabilidad, craving, tendencia a comer demás, pesadillas Lenguaje de calle				
Exteroceptivos Encontrarse en el lugar de expendio de drogas (olla)			Pensamientos de abandonar el tratamiento.	“Dicho y hecho” “Lo sabía” “No iba a aguantar”	Sentimientos de culpabilidad e inferioridad Auto verbalizaciones internas de
Interactuar con pares negativos			Pensamientos y sentimientos de incapacidad, Desmotivación Ganas de irse a consumir	“Me lo suponía”	desprecio
Rituales de consumo (parche)					

Verbales “vamos a pegarlo” “pa las que sea” “Me voy a embalar” “me voy a meter un viaje para olvidarme de todo”	Opuestas Estar institucionalizado en comunidad Teo terapéutica (Manejo de craving Disminución en lenguaje de calle Concienciación frente a su problemática
--	---

CLASES DE RESPUESTA IDENTIFICADAS

Estructurales	Variables de Control	Funcionales	Variables de Control
Aceleración del ritmo cardiaco Dilatación de pupilas Se reseca la garganta Sudoración excesiva en manos	Identificar los eventos que generan la activación del SNA Oler sustancias psicoactivas especialmente el bazuco Hacer huella de memoria en cuanto al consumo Recrearse en el ritual de consumo Mantener una discusión fuerte Ir en dirección al expendido de drogas Presentar ansiedad por consumo	Control Consecuente: Evitación: - Situacional Evita dialogar con otros residentes con los que ha consumido drogas. - Emocional Evita dar a conocer sus sentimientos hacia el sexo opuesto	¿Qué evita? Evita afrontar problemas Evita sentir craving y estrés Evita sentimientos de culpabilidad Mantener conversaciones que lo recreen en su estilo de vida de consumo Estados de ánimo negativos ¿Qué consigue?

		Aproximación: • Agresión No presenta episodios de agresividad física • Impulsividad Evita llamados de atención, y participar en discusiones o riñas de otros pares	Evitar que lo agredan físicamente Evita conflictos que lo hagan alterarse emocionalmente y posterior a esto desertar de la institución. Mayor autocontrol de sus emociones.
--	--	---	---

4. HIPÓTESIS DE ADQUISICIÓN

Problemas	Fecha Inicio	Factores Precipitantes	Vulnerabilidades	Factores Protectores
F14.20) Trastorno por consumo de estimulantes, en remisión continuada, en entorno controlado, gravedad: grave; asociado al consumo de	14 años de edad	Eventos que dan lugar al desarrollo del problema -Separación de sus padres cuando tenía 9 meses -Pautas inadecuadas de crianza, así como inadecuado manejo de la autoridad, permisividad, y falta de	Biológica Herencia Baja estatura heredada por parte de progenitor	Biológicos Baja estatura, que le ha permitido autorregular conducta impulsiva

otras sustancias como cannabis, alcohol y tabaco	límites en las normas por parte de su progenitora. -Durante su niñez y adolescencia permaneció mucho tiempo sólo en la casa debido a que su mamá trabajaba. -Relaciones hostiles y distantes con su padre, sin comunicación actual, que ha desencadenado en el consultante vacío afectivo y resentimiento. -Decepción amorosa en primera relación de pareja estando estudiando en noveno grado. -Relacionarse con pares negativos. -Influencia del contexto estudiantil (expendio y consumo de drogas)	Psicológica Experiencias previas de falta de predicción y control. Impulsividad, ideas irracionales y creencias nucleares, baja autoestima, sentimientos de abandono y rechazo paterno Ambiental/Contextual Factores de riesgo actuales Abandonar tratamiento de rehabilitación.	Psicológicos Creencias entorno a lo espiritual / religioso. Deseos de cambio y superación personal. Conciencia de su problemática
Otros problemas			Ambientales
Ausentismo figura paterna	9 meses de edad Cuando el consultante tenía 9 meses de edad sus padres decidieron separarse debido a que no se entendieron y mantenían fuertes discusiones, quedando bajo el cuidado y responsabilidad de la mamá, con		Encontrarse institucionalizado Distanciarse de personas con quien consumió

	escasa comunicación en los primeros meses, actualmente sin ningún tipo de comunicación.	Estar en contacto directo con drogas en la institución.	drogas, que se encuentran en la fundación.
Inadecuados patrones de crianza por parte de progenitora	7 años de edad	Debido a obligaciones laborales, la mamá permanecía ausente durante el día, quedando J solo en la casa, lo que conlleva a mantener inadecuados patrones de crianza como falta de límites, normas claras, permisividad y manipulación, recibiendo constantemente gratificaciones materiales sin merecimiento y accediendo a las demandas hechas por J, tratando de suplir de esta manera las necesidades afectivas del consultante.	

Hipótesis de Adquisición:

El consultante, adquirió el problema de consumo abusivo de estimulantes y otras sustancias, debido a los siguientes factores según el orden de aparición: Separación de sus padres cuando tenía 9 meses, pautas inadecuadas de crianza, vulnerabilidad en etapa de desarrollo en el que se encontraba (adolescencia), manejo inadecuado de la autoridad, permisividad y falta de límites por parte de su progenitora, durante su niñez y adolescencia permaneció mucho tiempo sólo en la casa debido a que su mamá trabajaba, relaciones hostiles y distantes con su padre, sin comunicación actual, que ha desencadenado en el consultante vacío afectivo y resentimiento, decepción amorosa en primera relación de pareja estando estudiando en noveno grado, baja autoestima, relacionarse con pares negativos, influencia del contexto estudiantil (gasto y consumo de drogas)

5. HIPÓTESIS DE MANTENIMIENTO

Factores Contextuales	Proceso Causal	Hipótesis de Mantenimiento
	Biológico Baja estatura Alteración del sistema de recompensas debido al abuso de estimulantes y otras drogas.	Déficit en estrategias de afrontamiento (dificultad de autocontrol)
Separación de sus padres cuando tenía 9 meses. No mantiene vínculos afectivos ni comunicación con su padre. Pautas inadecuadas de crianza. Manejo inadecuado de la autoridad, permisividad, falta de límites, por parte de su progenitora. Inseguridad en establecer relaciones de pareja	Aprendizaje/Condicionamiento Repertorios Descontrol ocasional de emociones negativas al recibir ciertos estímulos del medio como: llamados de atención, deseos de consumir, craving. Evitación de afrontamiento a conflictos (tendencia aislarse) Tendencia a mentir y a manipular Uso de lenguaje de calle	Vinculación ambivalente con figura paterna
	Aprendizaje/Cognoscitivo Esquemas desadaptativos como: pérdida de autocontrol, Pensamientos ambivalentes acerca de las drogas. Resentimiento hacia su padre Creencias nucleares e ideas irracionales	Déficit o fallas o en procesos de comunicación con figura de autoridad
	Motivacional Labilidad afectiva, sentimientos de incapacidad, baja autoestima.	Aislamiento social

Hipótesis de Mantenimiento: partiendo de la información obtenida en el proceso de evaluación y aplicación del análisis funcional, se deduce que el consultante ha mantenido la conducta problema debido a: vinculación ambivalente con padre, fallas de comunicación con figura de autoridad, aislamiento social (inseguridad en establecer relaciones de pareja, creencias nucleares e ideas irracionales hacia sí mismo y relación con los demás), déficit en habilidades de afrontamiento (descontrol emocional frente a estados de craving y tendencia a evitar conflictos).

5. METAS Y ACTIVIDADES CLÍNICAS

Hipótesis de Mantenimiento (¿Por qué?)	Metas Clínicas Generales y Específicas (¿Qué?)	Actividades (¿Cómo?)	Orden
Sentimientos de abandono de parte de progenitores	Modificar ideas y creencias irracionales	Dialogo socrático Reestructuración cognitiva	4
Pautas inadecuadas de crianza, manejo inadecuado de la autoridad, permisividad y falta de límites por parte de su progenitora.	Concienciar a la madre acerca de la importancia de establecer límites, normas y manejo de autoridad que contribuyan en el proceso de deshabitación y rehabilitación del consultante.	Psicoeducación con progenitora	2
Déficit en habilidades de afrontamiento.	Ampliar y fortalecer estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes.	Psicoeducación sobre sustancias psicoactivas Estrategias de afrontamiento	3

Descontrol emocional frente a estados de craving	Favorecer el manejo y gestión de estados emocionales negativos	Detención del pensamiento	1
	Disminuir niveles de craving	Respiración diafragmática	

Anexo 7. Plan de intervención

FORMATO DE SESIONES

#	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
1	Establecer rapport y encuadre terapéutico con el consultante	Entrevista semiestructurada Observación directa	Establecer espacio de confianza para el diálogo abierto con el consultante. Diligenciamiento de historia clínica	Se logró establecer rapport con el consultante y encuadre terapéutico. Se facilitó la expresión de sentimientos y se conoció motivo de consulta	1 Se mostró con disposición frente a la entrevista, con fondo ansioso, gesticulaciones inapropiadas, refiere deseos de cambiar su estilo de vida. Se encuentra institucionalizado de manera voluntaria.
2	Diligenciar historia clínica	Entrevista semiestructurada Observación directa	Se indagó acerca de la composición familiar, relaciones entre los miembros de la familia, principal red de apoyo y elaboración de familiograma, y soluciones intentadas frente a la problemática de consumo de drogas.	Se conoció estructura y funcionalidad familiar, principales relaciones y antecedentes hereditarios. Se conocieron soluciones intentadas frente a conducta problema.	2 El consultante se mostró pensativo sin embargo brindo la información requerida, se evidencio resentimiento hacia figura paterna. Teniendo en cuenta la sintomatología presentada se considera importante la aplicación de baterías de pruebas que permitan descartar posible

					dependencia o algún trastorno desencadenado por el consumo de drogas
3	Identificar síntomas y características específicas a nivel fisiológico, cognitivo, emocional y social del consultante.	Inventario Clínico Multiaxial de Millon II	Se dio a conocer el motivo de aplicación del inventario y especificaciones para su diligenciamiento. Aplicación del inventario	Se logró la culminación del inventario de manera satisfactoria	3 Se evidenció con disposición, sin embargo se observó cansado al finalizar la prueba y en ocasiones hizo algunas preguntas.
4.	Identificar nivel de ansiedad y de consumo de drogas del consultante	Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y OMS-ASIST V3O	Se explicaron los objetivos de la aplicación de las pruebas y su diligenciamiento. Se procedió a la aplicación.	Se logró aplicar cada una de las pruebas satisfactoriamente	4 Se mostró interesado, se le facilitó el diligenciamiento de las pruebas Se identificaron sentimientos de culpa hacia figura materna en la aplicación del OMS-ASIST V3O debido al consumo de drogas.
5.	Socializar batería de pruebas aplicadas	Entrevista abierta	Se indago acerca de acontecimientos y estados emocionales durante la semana, se socializaron cada una de las pruebas confirmando el nivel de consumo, nivel de ansiedad, algunos rasgos de personalidad como antisocial y dependiente del consultante y consumo abusivo de estimulantes, según pruebas aplicadas	Se logró confirmar información obtenida mediante proceso de entrevista, observación e historia clínica, referente al consumo abusivo de sustancias psicoactivas.	5 Se muestra con concienciación frente a su problemática y deseos de cambio, se encuentra en etapa de preparación según los estadios de cambio de una conducta de Prochaska y Diclemente
6	Psicoeducar en Poluciones nocturnas, sustancias psicoactivas y	Entrevista abierta Psicoeducación	El consultante manifiesta “me he sentido preocupado ya que últimamente amanezco mojado” se indagó acerca de lo que refiere y posteriormente se le explico a cerca de	6 Se explicó que la polución nocturna es una respuesta normal fisiológica debido a su edad y abstinencia sexual, se mostró crítico frente a la	6 Se mostró empático y reconoció haber estado en riesgo de contraer infecciones de transmisión

	sexualidad responsable.		la naturaleza fisiológica de esta reacción llamada poluciones nocturnas. Teniendo en cuenta la información brindada por el consultante y la escasa información acerca de la afectación del consumo de sustancias psicoactivas y la sexualidad irresponsable debido al consumo de drogas, se dio a conocer principales riesgos desde las diferentes áreas de afectación a mediano y largo plazo, también se dialogó acerca de las posibles enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado teniendo en cuenta la sexualidad irresponsable que mantenía el consultante.	explicación dada sobre las poluciones nocturnas con sentimientos de culpabilidad teniendo en cuenta su sistema de creencias. Por otro lado se mostró receptivo e interesado en cuanto a las enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos	sexual y posibles embarazos no deseados.
7	Disminuir niveles de craving	Respiración diafragmática Detención de pensamiento	Se entrenó al consultante en técnica de respiración diafragmática mediante modelado y detención del pensamiento indicándole la importancia de activar la respuesta de relajación del organismo y detener pensamientos que desencadenan el craving	7 El consultante siguió instrucciones dadas durante la sesión tanto de respiración diafragmática como de detención del pensamiento. Refiriendo que en alguna oportunidad ya había sido entrenado en técnicas de respiración dándole buena aceptación ya que le generaba beneficios a nivel emocional y físico.	7 Se dejó de tarea, practicar una vez al día la respiración diafragmática y realizar el ejercicio de detención del pensamiento cuando se presenten eventos desencadenantes o al hacer huella de memoria del estilo de vida que llevaba. Se entregó formato de autorregistro que incluye: situación, estado emocional, pensamiento automático y conducta con el fin de identificar principales pensamientos distorsionados.

8	Modificar principales ideas irracionales	Reestructuración cognitiva Modificación de Ideas irracionales	Se indagó acerca de si presentó craving durante la última semana y principales eventos, se reforzó en técnica de detención del pensamiento y se discutió acerca de principales ideas irracionales presentadas en el autorregistro dejado en la sesión siete. Se discutió con el consultante principales ideas irracionales, siendo predominante la idea irracional “si me enamoro recaigo” se le explicó la técnica de reestructuración cognitiva con el objetivo de sustituir los pensamientos negativos por pensamientos realistas y positivos. Se llevó a cabo dialogo socrático en donde se discutió acerca de la objetividad de la idea irracional “si me enamoro pierdo”, se le preguntó ¿qué es para usted enamorarse” a lo cual respondió “es fijarme en una mujer perdidamente, pensarla todo el día” y ¿Qué es para usted un amor en donde no recaiga? Refiriendo “que me corresponda y me ame” se indagó de qué manera él podría comprobar que esa idea sí le causaría volver a consumir y quien más podría ver esta situación aparte de él, y que evidencia tiene para comprobar que así sucederá, respondiendo el consultante con cierta resistencia frente a lo planteado y refiriendo “lo sé porque siento que nadie me quiere ni me ha aceptado” en	8 El consultante logra tener claro que es una idea irracional, ya que no puede asegurar que efectivamente se llevará a cabo y reconoce que esa idea le causa tristeza y desconsuelo. por otro lado identifica como idea racional “ si me enamoro puedo ser correspondido” “ no me voy a apresurar”	8 A través del dialogo socrático y luego de indagar acerca de la principal idea irracional” si me enamoro recaigo” se identificó la creencia nuclear: “nadie me quiere” la cual genera en el consultante pensamientos automáticos, baja autoestima y malestar emocional significativo, por esto es importante trabajar en la próxima sesión, esta idea irracional.
---	--	--	---	--	--

			base a esta respuesta se discutió el momento en el que se encontraba, el tiempo transcurrido, y los cambios en su desarrollo emocional teniendo en cuenta las experiencias adquiridas durante esos años		
9 y 10	Reducir síntomas de creencias nucleares	Reestructuración cognitiva	De inicio, se preguntó sobre estado de ánimo durante la semana y qué nuevos pensamientos surgieron sobre la idea irracional discutida en la sesión anterior, luego se hizo ejercicio de respiración diafragmática. Posterior a esto, se retomó el tema de las ideas irracionales, aclarando algunas dudas, refiriendo el consultante “la idea que tengo a veces de que no voy a ser capaz” ¿es una idea irracional? Explicándole cómo además de ser una idea irracional, se puede convertir en una profecía auto cumplida. Luego se le explicó lo que son las creencias nucleares, su naturaleza e incidencia sobre la autoestima, el estado emocional y el comportamiento. Después se realizó dialogo socrático para debatir la creencia “nadie me quiere”, partiendo de las causas, concepto de querer o amar, sentimientos relacionados a esta creencia y vivencias que reforzaron la misma. Se hicieron preguntas como: ¿qué lo hace pensar eso? Respondiendo “Mi papá se alejó, mi	9 y 10 Se consiguió movilizar algunos pensamientos y sentimientos frente al pensamiento nuclear “nadie me quiere”, evidenciando sentimientos de soledad y rechazo. Refiriendo: “algunas veces mi mamá si me ha querido”, ya que a pesar de mi problema no me ha abandonado. Por otro lado reconoce que su única novia si lo quería, aclarando que el motivo por la cual se terminó la relación fue por el inicio del consumo de spa Acepta que medios hermanos por parte de papá han estado pendientes principalmente en procesos de rehabilitación y le han brindado cariño y acompañamiento. Sin embargo manifiesta que a pesar de que ellos están acompañándolo siente rara vez lo escuchan y le dan	9 y 10 El consultante por primera vez durante las sesiones realizadas reconoció que la ruptura en su primera relación sentimental fue por haber iniciado el consumo de drogas, y que su novia si lo quería, fue él quien causa tal rompimiento. Es importante continuar proceso de reestructuración cognitiva en la siguiente sesión de principal idea nuclear

			mamá me dejaba sólo, mi familia vive lejos” Frente a esto se le recuerda que su mamá le ha demostrado su amor mediante el apoyo y acompañamiento durante sus años de vida, al igual que sus medio hermanos quienes se han preocupado y lo han acompañado, principalmente durante su etapa de consumo de spa; asimismo, amigos, vecinos y algunos profesores del colegio. Preguntándole; Acaso, ¿alguno de ellos se lo ha dicho? a lo cual contesta: “que me lo hayan dicho personalmente, nadie”, aparte de ellos ¿quién más no lo quiere? diciendo: mi exnovia no me quiso. De 1 a 10 ¿qué tanto usted se quiere? responde: “5, por que aun debo cambiar muchas cosas de mí”. ¿Para qué le sirve que nadie lo quiera?, respondió “no me sirve para nada, me siento mal, abandonado, sólo”. Se hizo retroalimentación teniendo en cuenta lo discutido. A través de ejercicio de relajación se invitó a realizar afirmaciones positivas hacia sí mismo.	reconocimiento frene a sus logros.	
11	Reducir síntomas de creencias nucleares	Reestructuración cognitiva	Se indagó acerca de estado emocional y deseos de consumo de drogas, posteriormente se hizo retroalimentación acerca de tema tratado en la sesión anterior, con el fin de contrarrestar idea irracional” nadie	11 El consultante realizó de manera fluida el autorregistro identificando valores como: amor, compromiso, lealtad y cualidades tales como: amable, respetuoso, colaborador,	11 Se observa que el consultante no dibujo a Dios de ninguna manera, sin embargo, al discutir acerca del ejercicio realizado el

			me quiere” e identificar principales valores y cualidades en el consultante que le permitan reconocer que tal idea es irracional y logre reconstruirla bajo un nuevo esquema basado en el amor propio y amor real de sus familiares hacia él; para esto se le entregó un formato de autorregistro* en donde debía identificar cualidades, valores propios y por ultimo debía dibujar las personas que él cree que lo quieren.	tolerante y amigable, en la realización del dibujo represento a personas que siente que lo quieren, identificando principalmente a la mamá y hermana además de personal de la institución como pastores, médico y psicóloga. Teniendo en cuenta que logro mediante el dibujo realizar restructuración cognitiva se le sugiere que en los momentos en que aparezca pensamientos automáticos como “estoy solo” me siento abandonado” recuerde que es una persona digna de amar y recuerde los valores y cualidades propias identificadas y que se dé cuenta que en realidad no está solo ni abandonado porque cuenta con el amor y el acompañamiento de mamá y hermana principalmente, además del apoyo de pastores y profesionales de la institución.	consultante refiere “Dios es la persona que más me ama” Teniendo en cuenta el vacío afectivo identificado en proceso de evaluación, descrito como falta de reconocimiento, atención, y cuidado; se puede afirmar que el consultante identifica a personal de la institución como personas que lo quieren, ya que le han proporcionado escucha, reconocimiento y apoyo en su proceso de rehabilitación. Sin embargo se evidencia red de apoyo familiar débil, y se mantiene en la idea de que su papá no lo quiere.
12	Fortalecer en el consultante estrategias afrontamiento adecuadas frente a situaciones de estrés	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	De inicio se evaluó el estado de ánimo, nivel de ansiedad y acontecimientos importantes durante la semana, se repasó lo trabajado en la sesión anterior haciendo énfasis en la importancia de sustituir pensamientos	FA identifica los estilos de afrontamiento que más utiliza en situaciones estresantes, la espera, la evitación emocional y comportamental, además de la espiritualidad, siendo esta	Se observa un significativo progreso en la manera como FA afronta las situaciones de ansiedad a como lo hacía cuando mantenía estilo de vida de consumo,

		Reevaluación positiva	irracionales para situaciones futuras. Luego se pasó a discutir acerca del concepto de estrategias de afrontamiento y de las principales estrategias usadas por el consultante al afrontar situaciones de estrés, valorando cada una de ellas e identificando la necesidad de fortalecerlas y desarrollar nuevas habilidades.	última la que más le ha servido para afrontar estados de frustración y craving. No obstante, FA se muestra interesado en desarrollar habilidades como la expresión emocional abierta, la reevaluación positiva y la solución de problemas; estrategias que se analizaron a través de ejemplos cotidianos para FA.	sustituyendo progresivamente la reacción agresiva verbal y reacción evitativa por buscar apoyo profesional y contener impulsos, expresión emocional abierta, entre otras. Se propuso al consultante poner en práctica la reevaluación positiva como estrategia para afrontar situaciones estresantes durante la semana.
13	Entrenar al consultante en técnicas de afrontamiento Aplicar postest prueba de consumo de spa	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento Solución de problemas Prueba OMS ASSIST	Se evaluó tarea asignada en la sesión anterior sobre uso de estrategia de reevaluación positiva, acoplándola a las técnicas ya entrenadas de reestructuración cognitiva y detención del pensamiento. Posterior a esto, se hizo entrenamiento en habilidad para la solución de problemas. Con el fin de facilitar su entendimiento y práctica se analizó una situación probable en la cotidianidad de FA, planteada por él mismo (haber sido señalado injustamente por otro residente de hurtar un reloj de pulsera y haber sido retado a pelear con el dueño del reloj, además de ser causal de expulsión de la institución) Se usaron los siguientes pasos:	FA refirió haber hecho uso de la estrategia de reevaluación positiva en varias oportunidades. Por otro lado, se hizo el entrenamiento en solución de problemas a través del análisis práctico de una situación planteada por FA. Dando vital importancia a la necesidad de autorregular estado emocional de ira y ansiedad antes de proceder con la técnica de solución de problemas.	Se observó en el consultante buena disposición para la sesión, refiere sentirse motivado a continuar con su proceso a pesar de haber tenido algunas dificultades en la convivencia con algunos compañeros. Se le recordó a FA que se aproxima la culminación de la intervención psicoterapéutica, quedando por realizar post-test y prevención de recaídas.

			1. Identifica el problema a resolver 2. Definir el problema detalladamente (qué, por qué, cuándo, dónde, quienes) 3. Buscar soluciones 4. Analizar las consecuencias Al finalizar la sesión, se realizó post-test de prueba OMS ASSIST		
14	Fortalecer habilidades adquiridas para la prevención de recaídas Aplicar post- test	Prevención de recaídas Aplicación de Millon	Se aplicó test de Millon de personalidad y se instruyó en prevención de recaídas. Se dieron instrucciones nuevamente acerca del inventario Clínico Multiaxial de Millon II (post test) y su objetivo; se realizó la aplicación de la misma. Posteriormente se llevó a cabo entrenamiento en prevención de recaídas, identificando principales factores de riesgo.	FA se mostró con disposición para el diligenciamiento de la prueba inventario Clínico Multiaxial de Millon II (post test). Con respecto a lo hecho en el entrenamiento en prevención de recaídas, identificó factores protectores y de riesgo, además de verbalizar técnicas aprendidas durante la intervención psicológica, y de cómo actuar en situaciones que impliquen riesgo significativo a una recaída.	El consultante refirió sentir agradecimiento ante el proceso de intervención que se realizó, ya que logró descubrir y entender comportamientos e ideas que le hacían daño.
15	Evaluar proceso de intervención	Prevención de recaídas	Se llevó a cabo socialización de resultados de pruebas aplicadas en post test, corroborando disminución en niveles de ansiedad y craving, modificación de algunas ideas irracionales, autocontrol. Posterior a esto, se evaluó con el consultante la intervención realizada.	Se cumplió con objetivo de socializar resultados de pruebas psicológicas post test, por otro lado en la evaluación hecha con FA, refirió significativo el acompañamiento brindado desde el área, ya que reconoce la necesidad de ser ayudado.	Se logró dar culminación a la intervención y al cumplimiento de objetivos terapéuticos propuestos.

Anexo 8 Informe psicológico de Pruebas Aplicadas

INFORME PSICOLOGICO DE PRUEBAS APLICADAS

EL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON II
OMS-ASSIST V3.0
INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

I.DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: F.A.M
Fecha de Nacimiento: 30 de marzo de 1998
Edad: 19 años
Género: Masculino
Escolaridad: 11 bachillerato
Ocupación (Institucionalizado)
Estado civil: (Soltero)
Dominancia Manual: (Diestro)
Fechas de aplicación: 30-08-2017 04-09-2017 11-09-2017
No. de sesiones: Tres
Nombre del Evaluador: Alicia Mesa Cadena

II.REMITIDO POR: Fundación Shalom Casa de Paz

III.OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN:

- **Inventario Clínico Multiaxial de Millón II:** identificar las principales características de la personalidad y desordenes clínicos del consultante
- **OMS-ASSIST V30:** Confirmar patrón de consumo de sustancias psicoactivas del consultante
- **Inventario de ansiedad de Beck (BAI):** Medir la ansiedad presentada en el consultante

IV.ANTECEDENTES

Consultante de 19 años de edad quien se encuentra institucionalizado debido al consumo abusivo de sustancias psicoactivas, quien proviene de familia monoparental, con relaciones distantes y hostiles con figura paterna, segundo de hermana mayor de 22 años, con quien mantiene relaciones distantes y afectivas, con relaciones cercanas y conflictivas con su madre debido al consumo de spa, tanto el consultante como su madre refieren que fue valorado al inicio de su adolescencia por varios especialistas debido a que su crecimiento era anormal sugiriéndole que debía colocarse ciertas hormonas que le ayudarían a su crecimiento, refiriendo la madre no contar con los recursos económicos para comprarlas, evidenciándose baja estatura (1.50 metros) curso hasta 11 grado refiere excelente nivel académico desde la primaria hasta noveno grado cuando inicia el consumo de spa, en ocasiones trabajo ayudando en una panadería de su padrastro con quien mantenía relaciones cercanas.

Cuenta con un tratamiento de rehabilitación de spa de 11 meses en comunidad terapéutica, en donde recae por un tiempo de tres días, decidiendo internarse en la actual fundación observándose dificultad en gestionar emociones y escasas estrategias de afrontamiento.

V.OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

Inventario Clínico Multiaxial de Millón II: OMS-ASSIST V3O: Inventario de ansiedad de Beck (BAI): El consultante se mostró con disposición en el diligenciamiento de cada prueba aplicada, tardo el tiempo necesario de acuerdo a los sugerido en cada prueba se le facilito entender y resolver cada uno de los interrogantes sin embargo en ocasiones realizo algunas preguntas, especialmente del Inventario Millon II.

VI. PRUEBAS APLICADAS Y DESCRIPCION:

EL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON II: Consta de 175 elementos con respuesta verdadero falso; evalúan las siguientes escalas: 4 de fiabilidad y validez, 10 básicos de personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y tres síndromes de gravedad severa. De aplicación sencilla, los procedimientos interpretativos están mecanizados y el usuario los obtiene in situ en el caso de pacientes ambulatorios del centro de salud mental, hospital general o clínica privada para informe pericial. Dispone de puntos de corte en las escalas para tomar decisiones ante trastornos comportamentales o síndromes clínicos. Su corrección se realiza con un disco de corrección/perfil; se necesita un uso por sujeto evaluado. Aplicación: Individual y colectivo. Tiempo: variable, de 20 a 25 minutos. Edad: a partir de 18 años. Objetivo: exploración e identificación de personas con dificultades emocionales y personales que puedan requerir una evaluación más profunda o una atención profesional.

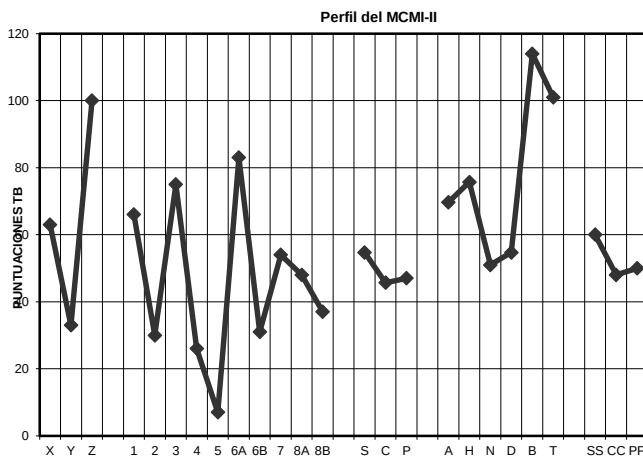
OMS-ASSIST V3.O Prueba de detección del consumo de alcohol tabaco y sustancias: consta de 8 preguntas que indican la puntuación de riesgo para cada sustancia que usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia (bajo, moderado, alto) y en cada caso se determina la intervención más adecuada (no tratamiento, intervención breve o derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento) además el **OMS-ASSIST V3.O** proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Por otro lado permite identificar problemas relacionados con el consumo de sustancias tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de alto riesgo y conductas asociadas con inyectarse

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI) está diseñado específicamente para medir la ansiedad clínica, el estado de ansiedad prolongada que en un entorno clínico es una evaluación relevante. Es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desordenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionado un rango de puntuación de 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado son los siguientes: 00-21 ansiedad muy baja, 22-35 ansiedad moderada, más de 36 ansiedad severa.

VII.RESULTADOS**EL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON II****Resultados cuantitativos:**

Inventario Clínico multiaxial de Millon II

V-Validez	0	Test Válido en V	Test Válido en X
X-Sinceridad	352	63	
Y-Deseabilidad	10	33	
Z-Alteración	64	100	
1-Esquizoide	24	66	
2-Fóbica (Evitativa)	18	30	
3-Dependiente	34	75	
4-Histriónica	23	26	
5-Narcisista	18	7	
6A-Antisocial	41	83	
6B-Agresivo/Sádica	25	31	
7-Compulsiva (Rígida)	33	54	
8A-Pasivo/agresiva (Negativista)	31	48	
8B-Autodestructiva (Masoquista)	20	37	
S-Esquizotípica	18	55	
C-Límite	31	46	
P-Paranoide	26	47	
A-Ansiedad	17	70	
H-Histeriforme/Somatoforme	21	76	
N-Hipomanía	23	51	
D-Neurosis depresiva-distimia	20	55	
B-Abuso de alcohol	45	114	
T-Abuso de drogas	52	101	
SS-Pensamiento psicótico	16	60	
CC-Depresión mayor	14	48	
PP-Delirios psicóticos	12	50	



Según los resultados obtenidos del inventario multiaxial millón II, se observa:

- Ansiedad Significativa con puntuación de 70 puntos
- Pensamiento psicótico con puntuación de 60 puntos
- Necesidad excesiva de que se ocupen de uno, sumisión, adhesión y temores de separación. Con puntuación de 75 puntos
- Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. con puntuación de 83 puntos
- Trastorno moderado de somatización. Con puntuación de 76 puntos
- Trastorno severo de alcohol. Con puntuación de 114 puntos
- Trastorno severo de drogas con puntuación de 101 puntos

OMS-ASSIST V30

Puntuación obtenida en la aplicación del OMS-ASSIST V30

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención breve	Tratamiento más intensivo
a. tabaco	26	0 - 3	4 - 26	27+
b. alcohol	23	0 - 10	11- 26	27+
c. cannabis	26	0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaína	26	0 - 3	4 - 26	27+
e. anfetaminas	0	0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalantes	2	0 - 3	4 - 26	27+
g. sedantes	12	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+

Se registra puntuación específica para tabaco 26 puntos, alcohol, 23 puntos, cannabis 26 puntos, cocaína 26 puntos, sedantes 12 puntos requiriendo intervención breve y para inhalantes con una puntuación de 2 puntos, sin intervención.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

El resultado es una puntuación directa que oscila 0 y 63 marcándonos la severidad de la ansiedad, desde una ansiedad leve hasta una ansiedad grave.

00- 21 ansiedad muy baja

22 – 35 ansiedad moderada

Más de 36 ansiedad severa

Obteniendo el consultante una puntuación de 25 puntos, es decir teniendo en cuenta parámetros de prueba se da como resultado sintomatología de ansiedad moderada.

VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

EL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON II

La prueba se acepta como apta, ya que en las escalas de fiabilidad y validez se observa una puntuación que representa sinceridad por parte del consultante.

Dentro de las 3 escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide) no arroja puntajes significativos que alteren áreas como mental, psicológica y física lo que representa menor riesgo de desencadenar una personalidad patológica, no se evidencia autoagresiones ni ideas suicidas.

Dentro de las 10 escalas de personalidad se evidencia como una persona con características de personalidad antisocial: tendencia a comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de uno mismo, patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás; y rasgos de personalidad dependiente: necesidad excesiva de que se ocupen de uno, sumisión, adhesión y temores de separación.

Dentro de los 6 síndromes clínicos de gravedad moderada, se identifican las áreas que presentan mayor deterioro del consultante, estas son: Trastorno moderado de somatización, entendido como períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, ansiedad significativa, entendida como un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Además de trastorno severo de alcohol y trastorno severo de drogas.

Dentro de los 3 síndromes clínicos de gravedad severa se denota en el consultante un contenido de pensamiento psicótico no significativo, al igual que signos de depresión o trastorno delirante.

En síntesis, se observa que las características halladas en el **Inventario Clínico Multiaxial de Millon II** (rasgos de personalidad dependiente y antisocial), son variables que se interrelacionan como desencadenantes del consumo abusivo de alcohol y de drogas y consecuencia de estos trastornos, son la somatización y la ansiedad significativa.

OMS – ASSIST V 3.0

Los resultados obtenidos mediante el registro de puntuación para cada sustancia específica indican que el consultante ha consumido múltiples sustancias durante varios años de forma persistente, llegando a un nivel de consumo compulsivo o de dependencia (el uso se hace para evitar la crisis de abstinencia, todas las actividades de la persona van encaminadas a buscar droga, National Commission on Marijuana and Drug abuse 1973 en Luna, 2005) lo que ha derivado en una situación problemática en los contextos familiar, escolar y social; y principalmente deteriorando su salud física y mental.

Según las puntuaciones presentadas, en el inventario se debe realizar una intervención breve para el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína (Bazuco y perico, que son las sustancias referidas por el consultante de mayor consumo) y sedantes; sin intervención para otras sustancias como inhalantes, anfetaminas, alucinógenos y opiáceos. La técnica de intervención breve se centra principalmente en modificar la conducta de los usuarios en relación con la sustancia más frecuentemente usada o la que le causa la mayoría de los problemas (la identificada por el usuario o la que obtuvo la puntuación más alta del ASSIST). (OMS, 2010)

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Sintomatología de ansiedad moderada (25 puntos según parámetros de inventario) evidenciando estados de ansiedad significativa especialmente ante factores estresores, nerviosismo, tensión muscular, disminución para la capacidad de resolver problemas, temor y preocupaciones constantes que se confirman durante el proceso evaluación.

IX.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Teniendo cuenta que el objetivo de la evaluación fue identificar síntomas y características específicas a nivel fisiológico, cognitivo, emocional y social del consultante: con la utilización de las pruebas aplicadas (el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, OMS-ASIST V30 e inventario de ansiedad de Beck (BAI)) se logró confirmar información obtenida mediante proceso de entrevista, observación e historia clínica, referente al consumo abusivo de sustancias psicoactivas, nivel de ansiedad y rasgos de personalidad, además se hallaron características de la personalidad como dependencia, con respecto a la escala de los 6 síndromes clínicos que puntuó 76 para trastorno de somatización y contrastando esta información con lo indagado en la entrevista y la observación, no cumple con los criterios para un trastorno de somatización pero si presenta algunos rasgos de este trastorno al igual que de personalidad antisocial y dependiente.

Partiendo de la información recogida en el proceso de evaluación se da la siguiente impresión diagnóstica y plan de tratamiento:

(F14.20) Trastorno por consumo de estimulantes, en remisión continuada, en entorno controlado, gravedad: grave; asociado al consumo de otras sustancias como cannabis, alcohol y tabaco, lo que ha desencadenado en el consultante alteraciones fisiológicas y psicológicas tales como; temblor, agotamiento físico, pérdida momentánea de fuerza, sudoración excesiva, ansiedad significativa, pensamientos psicóticos, rasgos de personalidad antisocial y dependiente. Por tal razón es importante realizar intervención psicológica al consultante para lograr modificación en su estilo de vida y de esta manera dar cumplimiento a su deseo de dejar las drogas.

X PLAN DE TRATAMIENTO

Fase de Evaluación

Establecer Rapport y realizar encuadre terapéutico

Entrevista semiestructurada

Diligenciamiento de historia clínica

Elaboración de familiograma

Aplicación de pruebas (Inventario Clínico multiaxial de Millon II, OMS-ASSIST V3.O,

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Socialización de resultados de pruebas aplicadas

Fase de intervención

Asesoría y acompañamiento en proceso de adaptación al medio de internado de comunidad terapéutica

Asesoría a la madre del consultante acerca del tratamiento

Psicoeducación en sustancias psicoactivas y sexualidad responsable

Manejo de craving y abstinencia mediante técnicas de detención del pensamiento y respiración diafragmática

Psicoeducación en poluciones nocturnas

Asesoría a la madre del consultante acerca del tratamiento

Aplicación de auto registro para reestructuración cognitiva de Beck

Reestructuración cognitiva

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Prevención de recaídas

Nombre del evaluador
práctica
Psicólogo practicante

Ps. Nombre del Supervisor de
Título
Cargo

Anexo 9. Autorregistro de ideas irracionales

AUTOREGISTRO

SITUACION	ESTADO EMOCIONAL	PENSAMIENTO	CONDUCTA
llamado de atención	Primo	NO me pate mandar	Me metí para el Boma
llamado de atención Puede por algo que no cogi	tristeza	tenedlos contra mí.	Puede una parte que estuviera solo
• pastor me fofeteo por no lavar.	llamado.	mas es la comida	• Pasa los cosas con mis para
• me golpeo con un llavero	• ira.	• De repente.	• Rehuir
• por llamado de atención muy pronto me)	Primo	me duele tambien	NO me deje.

J.A.A

AUTOREGISTRO

Anexo 10. Fotografía del consultante

