

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTE REHABILITADO EN CONSUMO
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. CON POSIBLE TRASTORNO DE PERSONALIDAD
NO ESPECIFICADO.



SLENDY ALEXANDRA ZAFRA GALVIS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
JUNIO 2016

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTE REHABILITADO EN CONSUMO
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. CON POSIBLE TRASTORNO DE PERSONALIDAD
NO ESPECIFICADO.

Proyecto presentado por:

SLENDY ALEXANDRA ZAFRA GALVIS

Para adoptar el título de especialista en psicología clínica

Directora del proyecto

PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

Especialista en psicología clínica

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

JUNIO 2016

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a Dios y a la santísima Virgen María quienes guían mi camino y mis triunfos. A mis padres Jorge Enrique Zafra Tristancho y Adriana Patricia Galvis son mi fuerza y mi apoyo incondicional; mamá gracias por estar a mi lado siempre cuando la necesito; a mi abuela materna María Teresa Galvis Bello persona incondicional que escucha y me aconseja en cualquier situación, a mis hermanos Jennifer Andrea Zafra Galvis, Jesús Enrique Zafra Galvis y Jorge Luis Zafra Galvis son mi vida, son mi motor quiero ser su ejemplo a seguir. Todo se logra con determinación, responsabilidad, apoyo y amor en la mano de Dios y la Virgen. Esta meta también la dedico a Julián Andrés Carrillo Castro por su apoyo incondicional y escucha constante y por último a mis mascotas Sol y Máximo gracias por estar siempre a mi lado en las noches de estudio. Todos ustedes son mi vida, los amo.

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo dar gracias a Dios por habernos permitido llegar hasta este punto y regalarnos salud, sabiduría e inteligencia para lograr nuestros objetivos.

A nuestros padres y hermanos quienes con su apoyo incondicional, consejos y entrega nos ayudaron a que este proyecto culminara con éxito.

Al instituto familia y vida lugar en el cual se pudo lograr los objetivos de la intervención psicológica.

A la doctora Paola Ximena Santos Uribe directora y orientadora del presente proyecto; por su constante dedicación, colaboración, motivación y entrega para la realización de la experiencia de práctica.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	7
Introducción.....	9
Método.....	22
Población.....	22
Muestra.....	22
Instrumentos.....	25
Procedimiento.....	27
Objetivos terapéuticos.....	29
Evaluación e intervención del caso clínico.....	29
Evaluación del caso clínico.....	29
Resultados de los instrumentos psicológicos.....	36
Análisis funcional de la conducta.....	40
Identificación de factores.....	40
Hipótesis explicativa.....	42
Intervención del caso clínico.....	43

Resultados de la intervención.....	53
Discusión.....	54
Conclusiones.....	57
Recomendaciones.....	57
Referencias.....	58
Anexos.....	61

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Intervención psicoterapéutica en paciente rehabilitado en consumo de sustancias psicoactivas. Con posible trastorno de personalidad no especificado.

AUTOR(ES): Slenddy Alexandra Zafra Galvis

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Paola Ximena Santos Uribe

RESUMEN

En el presente trabajo de grado se desarrolla un estudio de caso desde el enfoque cognitivo-conductual; resultado del proceso de práctica de especialización en psicología clínica. Se realizó en el instituto familia y vida de la Universidad Pontificia Bolivariana, en la ciudad de Bucaramanga. El objetivo general de la práctica consistió en desarrollar evaluación e intervención psicológica en pacientes que acuden a la institución; se atendieron 9 casos clínicos que respondían a motivos de consulta asociados a dificultades académicas, violencia intrafamiliar, autolesión, alteraciones en el estado de ánimo y problemáticas en el vínculo materno-filial. De los individuos atendidos se expone un caso específico, para reportarlo en la modalidad de trabajo de grado. El paciente seleccionado corresponde a J.E.A paciente de 19 años; rehabilitado en consumo sustancias psicoactivas, con posibles trastorno de personalidad no especificado. Se evalúa motivo de consulta, en la cual el paciente enfatiza en el fortalecimiento del vínculo materno-filial. En la evaluación psicológica se realizó entrevista y actividades del enfoque cognitivo-conductual, instrumentos psicológicos, pertinentes para la evaluación del individuo en el ámbito social, individual y personal. (IDARE, CAQ, EHS). Dentro de la intervención psicológica se emplearon técnicas y actividades pertinentes para el desarrollo óptimo de los objetivos terapéuticos. En los resultados encontrados se evidencia disminución de discusiones con la figura materna, autocontrol en situaciones problema, fortaleciendo del vínculo materno-filial y fraterno, expresión de sentimientos y afecto a los integrantes de la familia; en el ámbito laboral se observa compromiso y responsabilidad; establece nuevas amistades. El consultante planifica metas a corto, mediano y largo plazo.

PALABRAS CLAVES:

Caso clínico, sustancias psicoactivas, trastorno no específico de la personalidad.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychotherapeutic intervention in rehabilitated patients in psychoactive substances abuse with possible personality disorder not otherwise specified

AUTHOR(S): Slenddy Alexandra Zafra Galvis

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Paola Ximena Santos Uribe

ABSTRACT

In this GRADE'S WORK's document a case of study is developed from the cognitive-behavioral approach; as a result of the specialization's practice in clinical psychology. It was made inside of the "Family Life Institution" in the Pontificia Bolivariana University in Bucaramanga city. The main practice objective was to develop psychological evaluation and intervention in patients who attended the Institution; nine (9) clinical cases were attended due to medical consultation associated with academic difficulties, domestic violence, self-harm, alterations in mood and problems in the liaison's mother-child which were treated. From all the clinical cases studied, one of them was chosen to be exposed within the degree work's report. The selected patient was named "J.E.A", 19 year-old boy; rehabilitated in psychoactive substances abuse with possible unspecified personality disorder. The reason for consultation was evaluated; meanwhile the patient emphasizes in strengthening the liaison's mother-child. During the interview and psychological assessment activities cognitive-behavioral, psychological tools were applied, to find the relevant approach to both individual in the social assessment and individual and personal level was performed, as well. (IDARE, CAQ, EHS). Within the psychological intervention several techniques and activities were used, in order to reach the optimal development of therapeutic targets. As a result, were observed that arguing with the mother figure decreased, self-control in stressful situations, showed in maternal-filial and fraternal bond strengthening, expression of feelings and warmth to family members; workplace's commitment and responsibility were also observed; new relationships were established. The patient was planning short-, medium and long term goals.

KEYWORDS:

Cognitive-behavioral approach, clinical case, psychoactive substances, personality disorder, intervention techniques.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

La práctica de especialización en psicología clínica, fue realizada en el instituto familia y vida (IFV) de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga; se destaca por ser una institución de principios cristianos, que enfatiza el mejoramiento y calidad de vida de las familias de Bucaramanga por medio de trabajos investigativos, atención psicológica, terapia y orientación familiar. Durante el transcurso de la práctica se recopiló material bibliográfico como contextualización e introducción del estudio del caso.

Desde el momento en que nace, el niño crea vínculos afectivos con las personas que lo rodean siendo esta en primera instancia la madre; en esta interacción el niño empieza a establecer relaciones de afecto con sus padres quienes se encargan de proporcionar seguridad emocional indispensable para el desarrollo de habilidades psicológicas y sociales (Chias y Zurita, 2009) que permiten durante su proceso de crecimiento construir relaciones seguras y confiables con las demás personas.

Teniendo en cuenta el primer vínculo afectivo que establece el niño se comienza a desarrollar el apego comprendido como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Repetur y Quezada, 2005, p.4), teniendo en cuenta como se constituya el apego en la infancia se manifiestan los vínculos que la persona establece en la adolescencia y adultez con pareja afectiva y compañeros.

Ainsworth, precursora de la teoría del apego, con base en el procedimiento de la Situación Extraña estableció los patrones de vínculos de apego clasificándolos en tres: Seguros o autónomos; preocupados, equivalente a los inseguros ambivalentes y autosuficientes o evocativos, algunos investigadores encuentran un cuarto tipo: Sujetos no resueltos, equivalentes del apego inseguro desorganizado/desorientado, resulta más característico los tres primeros tipos.

Sujetos seguros o autónomos. Patrón (B).

Las personas con este tipo de vínculo se caracterizan por la confianza, amistad y emociones positivas, son considerados menos ansiosos, menos hostiles y con más autoestima, presenten bajo nivel de frustración sabiendo usar mejor las estrategias de afrontamiento ante dificultades o situaciones estresantes y hacia el estudio demuestran mejor disposición (Oliva, 2011).

Respecto al vínculo madre e hijo se reconoce una madre disponible a atender de forma segura las necesidades de los hijos. La relación con las demás personas se muestra respetuosa y empática (Vargas, Ibañez y Javier, 2005).

En la etapa de adolescencia la persona se demuestra más cómoda en las interacciones afectivas de las relaciones de amistad. La literatura empírica refiere que en este tipo de apego los adolescentes manejan el vínculo con los padres de una manera más adecuada, respecto al manejo de conflictos con padres el adolescente implementa la comunicación asertiva donde se busca por medio del diálogo dar solución a las dificultades por medio de la expresión de ambas partes de sus pensamientos, tratando de encontrar soluciones viables que no afecten las relaciones con los padres (Oliva, 2011).

Sujetos preocupados, equivalentes a los inseguros ambivalentes. Patrón (C)

Las personas con este tipo de vínculo se caracterizan por mostrar elevados niveles de afectividad negativa, escasa capacidad de regulación emocional, alta prevalencia de ansiedad, depresión y estrés durante los momentos de transición evolutiva, suelen presentar problemas de conducta como consumo de sustancias o actividades delictivas cuando se encuentran en contextos familiares y comunitarios de riesgo, cuando el contexto familiares y sociales no presentan riesgo se demuestran conductas más favorables como las representadas en los sujetos seguros (Oliva, 2011). Vargas et al. (2005) refieren también que ante las pérdidas se realizan duelos más prolongados, de lenta y escasa resolución.

Respecto al vínculo madre e hijo se reconoce una madre lenta o inconsciente en atender de forma segura las necesidades de los hijos. La relación con las demás personas se demuestra buena, estableciendo relaciones con facilidad, como dificultad se menciona que son muy explosivos y a su vez muy adhesivos a los demás, se identifica que tienen mayor probabilidad de ser victimizados (Vargas et al., 2005).

Desde el punto de vista de la psicopatología, diversos estudios demuestran relación significativa entre este tipo de vínculo con el aumento de sintomatología en niños y adolescentes, debido a las relaciones de apego tempranas distorsionadas (Repetur y Quezada, 2005).

Sujetos autosuficientes o evitativos (dismissing). Patrón (A)

Las personas con este tipo de vínculo se caracterizan por miedo a la cercanía, no tienen confianza en ellos mismos ni en otras personas, ocultan o reprimen sus sentimientos de inseguridad, reaccionan débilmente a las pérdidas, (Vargas et al., 2005), presentan menor tolerancia a la frustración, son menos persistentes y competentes (Repetur y Quezada, 2005). En este tipo de vínculo se identifica un adolescente conflictivo que prefiere solucionar sus problemas por medio de la violencia no implementando soluciones negociadas, se presentan las tasas más altas de trastornos de conducta y consumo de sustancias; estudios longitudinales han identificado que las estrategias evitativas están asociadas al incremento de conductas antisociales y delictivas, menor habilidades sociales y estrategias de afrontamiento evitativas (Oliva, 2011).

En cuanto a rasgos de personalidad se describen rasgos narcisistas, antisociales e histriónicos en adolescentes con este vínculo, así mismo se observa relación con trastornos de personalidad antisocial y narcisista, Bowlby (como se citó en Repetur y Quezada, 2005) relacionó este vínculo con la incapacidad posterior para crear relaciones profundas característico de las personalidades antisociales.

Respecto al vínculo madre e hijo se reconoce una madre que rechaza los intentos del niño para establecer contacto físico, ante esto el niño exhibe conductas de desapego. Sobre la relación con las demás personas se demuestra que no buscan ni esperan apoyo, cariño, empatía ni intimidad en las relaciones interpersonales, tienden a victimizar a los otros, esto se debe a que no pueden reconocer su propia vulnerabilidad y por ello la proyectan. Con frecuencia se perciben como arrogantes, opositoristas, con aires de superioridad, dan impresiones falsas de madurez y estabilidad (Vargas et al., 2005).

Dependiendo el modelo de apoyo que se construye en la niñez, la persona en su adolescencia y edad adulta va a imitar estos primeros vínculos de apego que ha construido con su familia en los compañeros, pares y pareja afectiva; respecto a este último, la pareja identifica similitud en la manera como se establecen los vínculos teniendo en cuenta como se realizaron entre el hijo y la madre, algunos autores consideran que “la creación de un vínculo estable con una pareja sexual, que reemplace definitivamente a los padres a la cabeza de la jerarquía de figuras de apego, sería la meta final del curso evolutivo del sistema de apego” (Oliva, 2011, p.59).

Oliva (2011) menciona que en sujetos seguros se identifica un intercambio positivo ofreciendo apoyo emocional, mayor aceptación del contacto físico, muestra de satisfacción y compromiso en las relaciones de pareja, en ellas existen menos conflictos, según estudio de Feeney y Noller (como se citó en Oliva, 2004) en sujetos con mejor historia de apego es más probable relaciones amorosas más satisfactorias, estables y que confíen más en la pareja. En sujetos inseguros diversos estudios han identificado mayores niveles de insatisfacción en las relaciones de pareja.

Como se puede observar anteriormente en los sujetos con vínculos afectivos inseguros ambivalentes y autosuficientes o evitativos el consumo de sustancias se identifica dentro de las características propias de estos tipos de vínculos, así mismo se mencionan otras conductas como

las delictivas. Basándonos en el consumo de sustancias característico en estos tipos de apego, se identifica que el vínculo que se establece en un inicio con la familia tiene repercusiones en el inicio y mantenimiento del consumo en la adolescencia y edad adulta, aunque no se reconoce causa única de este inicio se identifican factores vinculados al consumo, Rodríguez (1985) los identifica como "El resultado de toda una constelación de elementos, algunos de los cuales son incluso imprevisibles y que gravitan sobre un sujeto o grupo de individuos en un momento de su historia personal o social" (p.57), respecto a los factores familiares se clasifican en específicos del consumo como la exposición a la droga, modelados negativos del uso por parte de los padres y las actitudes de los mismos sobre las drogas. En cuanto a factores no específicos se identifica la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia respecto a la estructura familiar como conflictos familiares, estilos educativos y exposición a estrés como por ejemplo separación o divorcio de los padres, la calidad de la relación padre e hijo influye en el sentido que a mayor relaciones distantes mayor riesgo de consumo, cuando no existen buenas relaciones de apego se debilita el control que los padres ejercen sobre el hijo posibilitando que el adolescente busque este apego en otros grupos (Sanz, Martínez, Iraurgi, Muñoz, Galíndez, Cosgaya y Nolte, 2004), Hemovich, Lac y Crano; Barret y Turner y Brown, Rinelli (como se citó en Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013) encuentran que la conformación de la familia influye en el consumo de sustancias debido a que se presenta menor control parental en familias monoparentales o reconstruidas, así mismo la relación que se establece con los hermanos influye en el consumo ya que este cumple con la función que el adolescente olvide y se desinhiba de la realidad como estrategia para olvidar los problemas, celos, burlas, comparaciones de superioridad que hacen sobre algún hermano y afecta la autoestima del adolescente consumidor (Nava, 2010)

Aunque la causa de consumo difiera de su origen se ha podido identificar la edad promedio en la cual se inicia estimándose entre los 11 y 16 años, algunas investigaciones han sugerido que el inicio y experiencia con una sustancia se explica por factores externos, mientras su permanencia

hasta llegar a considerarse dependencia se relaciona con la vulnerabilidad determinada por factores genéticos (Martínez, Anaya, Campillo, Rueda, Campo Y Díaz, 2007), cuando este consumo se desarrolla en la adolescencia temprana representa un rito de transición que marca el fin de la niñez; las causas de esta iniciación pueden ser por aceptación social del grupo de amigos, problemas con padres o desafío a la autoridad, cuando se da en la adolescencia media o tardía puede estar asociado a problemas de conducta debido a que su inicio no se da por la experimentación como suele suceder en la adolescencia temprana (Oliva, Parra y Sánchez, 2008).

Como se menciona anteriormente la vinculación al consumo se evidencia a una temprana edad en la cual el adolescente se separa de su grupo familiar y comienza a establecer vínculos afectivos con sus pares, la identificación y semejanza que el adolescente establece con los pares puede depender de cómo hayan sido los vínculos afectivos con sus padres, hermanos, compañeros de primaria o lugar donde vive la familia. Retomando el consumo de sustancias se enfoca en la relación entre la familia y el consumo en adolescentes, en primera medida es importante reconocer la finalidad de la ley 1098 de 2006 la cual pretende “Garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión” (p.1), se entiende que la familia como primera institución tiene la capacidad y función de transmitir valores, normas, límites, fe, confianza, enseñar nuestros derechos y responsabilidades (Cervantes, 2007), así como lo pronuncia el código de infancia y adolescencia en su artículo 39 obligaciones de la familia: “1. Protegerles contra cualquier acto que amenace o vulnere su vida, su dignidad y su integridad personal” (p.17) y el 14. “Prevenirles y mantenerles informados sobre los efectos nocivos del uso y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales” (p.19), aunque el código diga esto en la realidad se observa lo contrario donde los padres no dan un buen ejemplo a los hijos en la formación integral que debe inculcarse en la crianza de los niños y adolescentes por ejemplo cuando una persona no ha establecido relación armónica con la madre la relación con su mundo interno se distorsiona

perturbando su capacidad para percibirse a sí mismo y a los demás (Nava, 2010), como factores de riesgo ante el consumo Protinsky, Shilts y Elzo (como se citó en Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013) mencionan los vínculos débiles y relaciones de insatisfacción, Cervantes (2007) incluye en estos riesgos problemas de comunicación respecto a los sentimientos, emociones, el establecimiento de ambientes fríos, hostiles o violentos.

Sabiendo que la familia interviene en el consumo es importante que ella se vincule en el proceso de mejoramiento, esto se debe a que la familia es el principal eje de apoyo proporcionando sentimientos de placer y satisfacción que sirven al paciente como factores protectores del consumo; diversos estudios han encontrado que las muestras de afecto de los padres y el uso del diálogo y razonamiento para corregir las conductas desajustadas de los hijos sirven como factores protectores en el tratamiento y recuperación (Velásquez y Pedrao, 2005).

El indebido consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia tiene afectaciones a nivel físico, neurológico y psicológico. Sobre las afectaciones neurológicas diversos estudios han encontrado que el consumo de alcohol o drogas durante esta etapa afecta el desarrollo neurológico normal generando un impacto a nivel psicológico y comportamental, Chambers, Taylor y Potenza han encontrado efectos permanentes sobre el córtex prefrontal en funciones como el aprendizaje, regulación emocional y seguimiento de normas, (Oliva et al., 2008).

En relación al consumo a nivel psicológico cuando existen trastornos de personalidad, la adicción tiende a mantenerse requiriendo mayor esfuerzo terapéutico en el proceso de rehabilitación, entre los trastornos de personalidad prevalentes diversos autores han identificado el pasivo – agresivo, el antisocial, compulsivo, narcisista, paranoide, histriónico y el agresivo – sádico, los rasgos de trastornos de personalidad que con mayor frecuencia se presentan en personas consumidoras de sustancias psicoactivas son el antisocial, evitativo y el depresivo (Gonzales, Mujica, Terán, Guerrero & Arroyo, 2016).

El trastorno de personalidad antisocial se comprende como el “conjunto de conductas que infringen las normas o leyes establecidas” (Cifuentes & Londoño, 2011, p.59). Como característica de este trastorno está:

Un patrón de comportamiento desconsiderado, explotador, socialmente irresponsable, tal como lo indican el fracaso para adaptarse a las normas sociales, falsedad, irritabilidad y agresividad, despreocupación por la seguridad propia o de los demás, incapacidad para conservar un trabajo o cumplir sus obligaciones financieras y ausencia de remordimiento. La apariencia exterior de estos sujetos es normal, incluso puede llegar a ser agradable y atrayente. Sin embargo, su historial está lleno de mentiras, engaños, robos, peleas, consumo de drogas, etc. (Caballo, 1998, p.516)

Algunos autores han planteado que este trastorno puede tener una base hereditaria, ya que casi un cuarto de los familiares de primer grado de los pacientes tiene también el trastorno, aunque se identifiquen factores genéticos también existen factores ambientales que inciden en el desarrollo del trastorno (Caballo, 1998), Stucchi (como se citó en Cifuentes & Londoño, 2011) menciona que el individuo con este trastorno no es leal a nada y a nadie y rara vez establece una sincera amistad, en general se identifican como personas manipuladoras que se aprovechan de las debilidades ajenas para el logro de sus objetivos.

Entre los rasgos característicos de las personas con este trastorno se identifican dos: La falta de autocontrol relacionado a la impulsividad, la persona antisocial no es capaz de contenerse ante situaciones que brindan la oportunidad para actuar y la tendencia al riesgo referida a la propensión personal a involucrarse en comportamientos de riesgo o peligro donde se experimenten sensaciones nuevas y excitantes (Corral, Frías, Fraijo y Tapia, 2006).

En el momento que el individuo no cumple todos los criterios para un trastorno concreto de personalidad; se ajusta al trastorno de la personalidad no específico. En el

DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de American Psychiatric Association (2000). Destacan que es la presencia de síntomas de más de un trastorno específico de la personalidad; que no cumplen los criterios completos de dichos trastornos. Provocando así, malestar clínicamente significativo en la persona.

A nivel cognitivo “la personalidad y trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinar patrones de conducta” (Ruiz, Cano, s.f. p.28), respecto al trastorno de personalidad antisocial Freeman (como se citó en Ruiz y Cano, s.f) refiere los siguientes esquemas cognitivos típicos de este trastorno:

1. “Las normas de otros son malas”
2. “Solo los tontos siguen las normas”
3. "Las normas tienen que eliminarse”
4. "¡Miradme: soy el mejor!"
5. "Lo primero para mi es el placer"
6. "Si otros sufren por mi conducta es su problema"
7. "¡Tiene que ser ahora, sino me frustraré!"
8. "Tengo que tener cualquier cosa que desee"
9. "Yo soy muy listo en casi todo"

Respecto a estos esquemas es importante modificarlos durante el tratamiento permitiendo al paciente un cambio no solo de su conducta sino también de los esquemas mentales y del pensamiento.

Cuando se habla sobre trastorno de la personalidad se hace referencia a estos como:

Patrón rígido de experiencia interna y de conducta que se desvía marcadamente de las expectativas culturales del individuo, es persistente e inflexible, tiene su inicio en la

adolescencia o en la adultez temprana, es estable a través del tiempo y conlleva malestar o deterioro. (Holguín y Palacios, 2014, p. 83)

Dentro de los programas de intervención identificados en la literatura para el trabajo con adolescentes que consumen sustancias psicoactivas o están en proceso de rehabilitación es importante la vinculación de la familia en todo el tratamiento haciéndolos partícipes del problema y no viéndose externo a él. Como parte fundamental para una recuperación exitosa es que cada miembro de la familia identifique el papel que ha desempeñado dentro de la misma reconozca que debe cambiar que aporte al beneficio del paciente y la misma familia. En el proceso de rehabilitación se recomienda trabajar el apoyo social considerándose como factor importante para prevenir o mitigar el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes que propician la conducta del consumo (Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008), estos mismos autores en su estudio sobre la importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas confirman la hipótesis que “el apoyo social es un factor protector de la recaída del consumo de drogas, en pacientes que habían alcanzado la abstinencia del consumo, tras seis meses de tratamiento” (p.173).

Para los programas de intervención implementados en adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas es importante el trabajo sobre resolución de problemas siendo esta una estrategia encaminada a “ayudar al sujeto a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse a una situación problemática y de este modo incrementar la probabilidad de seleccionar la respuesta más adecuada de entre las alternativas posibles” (Hernández, Espada, Guillén, 2016, p.610), en el fortalecimiento de los vínculos de apego con la madre se requiere que el adolescente sepa dar adecuada solución a las situaciones de enfrentamiento que se pueden presentar entre la madre e hijo, tanto en la madre como en el adolescente se debe establecer un vínculo de credibilidad en la posibilidad de recuperar y mejorar los vínculos afectivos con los miembros de la familia.

Zapata (2009), presenta un modelo de intervención familiar dirigido a crear condiciones de soporte para cada integrante del grupo familiar que permita generar un ambiente protector frente al consumo y propicie la recuperación del abuso a las drogas. Se presentan seis principios guías:

1. La familia debe convertirse en soporte para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen.

2. La familia debe estar en capacidad y disposición de hacer uso de las herramientas adquiridas durante el tratamiento, asumiendo actitudes y comportamientos que ayuden al mantenimiento de los logros alcanzados; estas herramientas adquiridas deben posibilitar la implementación de cambios en el modo como se relaciona la familia con el sujeto en tratamiento.

3. La familia debe vincularse a redes de apoyo que le brinden acompañamiento y soporte en el proceso de recuperación del paciente, este apoyo debe ser profesional.

4. El soporte familiar y social ofrecido al paciente debe posibilitar su individuación y autonomía en el proceso de rehabilitación, la persona debe ser vista como alguien capaz de dejar el consumo y que puede destacarse en una actividad productiva, socialmente aceptada y gratificante.

5. La familia debe recibir educación sobre las señales de alerta de posibles recaídas del paciente que le permitan actuar de manera proactiva, para prevenirlas y aceptarlas cuando ocurra.

6. El individuo en tratamiento que no cuente con familia, debe ser vinculado a una red de apoyo equivalente, que sustituya las funciones de acompañamiento, comunicación y afecto.

Así como se menciona en el último de estos seis principios, es fundamental que el adolescente establezca vínculos seguros de apego que le permitan el desarrollo personal y ayuden en el fortalecimiento de su autoestima; de no contar con una familia se identifican las redes de apoyo con las cuales cuenta la persona y acude a ellas como estímulo positivo que permita el fortalecimiento de los vínculos de apego emocionales.

Para lograr cumplir con el propósito de la terapia, se hace implementación del modelo terapéutico clínico cognitivo conductual el cual “es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos”. (Timms, 2009, p.1)

Cuando se desarrolla la intervención desde la terapia cognitivo conductual se busca “el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen” (Ruiz, Díaz, Villalobos, 2012 p.83). Este modelo se fundamenta en cuatro pilares básicos: Aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2001).

Por medio de la TCC el paciente puede entender sus problemas desglosándolos en partes más pequeñas, ayudando a ver cómo estas partes se conectan entre si y cómo afectan. Estas partes pueden ser: Pensamientos, emociones, sensaciones físicas o comportamientos (Timms, 2009).

Para la intervención terapéutica en este modelo se estructuran tres pasos (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2001):

1. Evaluación del caso, se formulan las hipótesis explicativas sobre los problemas de la persona y se establecen los objetivos del tratamiento.
2. Intervención, selección y aplicación de las técnicas orientadas al logro de los objetivos planteados.

3. Seguimiento, evaluación del programa terapéutico y realización de ajustes para el mantenimiento de los cambios.

Para llevar a cabo el abordaje terapéutico desde el enfoque cognitivo – conductual se plantean diferentes terapias:

La terapia familiar cognitivo conductual (TFCC) por medio de la cual se busca modificar las creencias disfuncionales y patrones desadaptativos de comportamiento, teniendo en cuenta que “el comportamiento en respuesta al comportamiento de otros miembros de la familia está influido por las creencias sobre uno mismo y por las creencias sobre cómo debe ser y comportarse la familia” (Muñoz, Canales, Bados & Saldaña, 2012, p.260), esta terapia se apoya de técnicas como la reestructuración cognitiva, experimentos conductuales, fomento de la empatía, entrenamiento en habilidades de comunicación, negociación, resolución de problemas y potenciación del afecto positivo, esta terapia especialmente se ha aplicado en familias con hijos menores de edad que presentan problemas de trastorno de ansiedad, oposicionista, agresivo y antisocial entre otros.

La terapia cognitiva de Beck. Teniendo como tesis “importantes estructuras cognitivas están organizadas en categorías y jerarquías. Los esquemas proporcionan las instrucciones que guían el objetivo, la dirección y las cualidades de la vida diaria y de las contingencias especiales” (Wesler, 1993, p.40), para el abordaje de los trastornos de la personalidad se busca la identificación y afrontamiento de los esquemas por medio de la relación colaborativa entre el terapeuta y el paciente.

La terapia cognitiva centrada en los esquemas de Young direccionada a los trastornos de personalidad busca el cambio de los esquemas, este cambio se realiza por medio de la identificación y etiquetación, por parte del terapeuta de los esquemas del paciente, en esta terapia la imaginación se implementa permitiendo la evocación de recuerdos y sentimientos. (Wesler, 1993).

Para finalizar Wesler (1993) también plantea la terapia de valoración cognitiva, de Wesster y Hankin-Wessler, enfoque motivacional que menciona que la conducta está dirigida por las emociones en vez de por los esquemas.

Método

Población

Se realizó evaluación e intervención psicológica a 9 pacientes entre 4 y 52 años de edad, en los cuales el 70% era población masculina y solo el 30% femenina. (Ver Grafica 1) estrato socioeconómico 2 y 3; su escolaridad se encuentra entre jardín y bachillerato completo. Se destaca como principales motivos de consulta, las dificultades académicas, violencia intrafamiliar, autolesión, alteraciones en el estado de ánimo y problemáticas en el vínculo materno-filial (Ver anexo 1)

Muestra

Al realizar la evaluación e intervención de cada uno de los pacientes atendidos, se escoge el caso de exposición, analizando el seguimiento psicológico, sesiones realizadas, compromiso del paciente, empatía con el consultante, técnicas e instrumentos psicológicos empleados y cumplimiento de objetivos terapéuticos. El caso seleccionado para presentar en el marco de trabajo de grado corresponde al paciente J.E.A.

Datos del paciente

Nombre: J.E.A.P

Edad: 19 años

Sexo: Masculino

Estrato: 3

Escolaridad: Bachiller

Ocupación: Trabaja empresa familiar, galería de pintura y pintor de una obra.

Motivo de consulta

El paciente refiere “el concepto de familia en mi hogar ya se perdió, ya tengo otro pensamiento por mi rehabilitación; quiero ponerlo en práctica con mi familia, más que todo con mi mamá, fortalecer los lazos”

Enfatiza en el fortalecimiento de lazos familiares y en la comunicación. Afirma “no hay confianza con mi mamá eso creo que es una barrera para el proceso. También quiero continuar el proceso de rehabilitación, puesto que tengo recuerdos del pasado como la división de mis padres, un día mi mamá me echó de la casa y me tocó irme a vivir con mi papá y él no es un buen padre. Desde ahí coloqué barreras con mi mamá” el paciente refiere que comenzó a consumir sustancias psicoactivas cuando comenzaron las discusiones con los padres de familia. Al presentar el hecho que refiere el paciente con la madre de familia, el cual se traslada de domicilio por problemas familiares. El paciente afirma “cuando mi mamá me echó de la casa estaba dejando las drogas, cuando pasó eso comencé de nuevo a consumir y el doble”

Afirma “no sé cómo actuar con mi mamá por eso quiero trabajar con mi carácter cuando llega una situación negativa no sé cómo actuar mis emociones no se controlan, como por ejemplo en las discusiones con ella”.

Historia de la situación

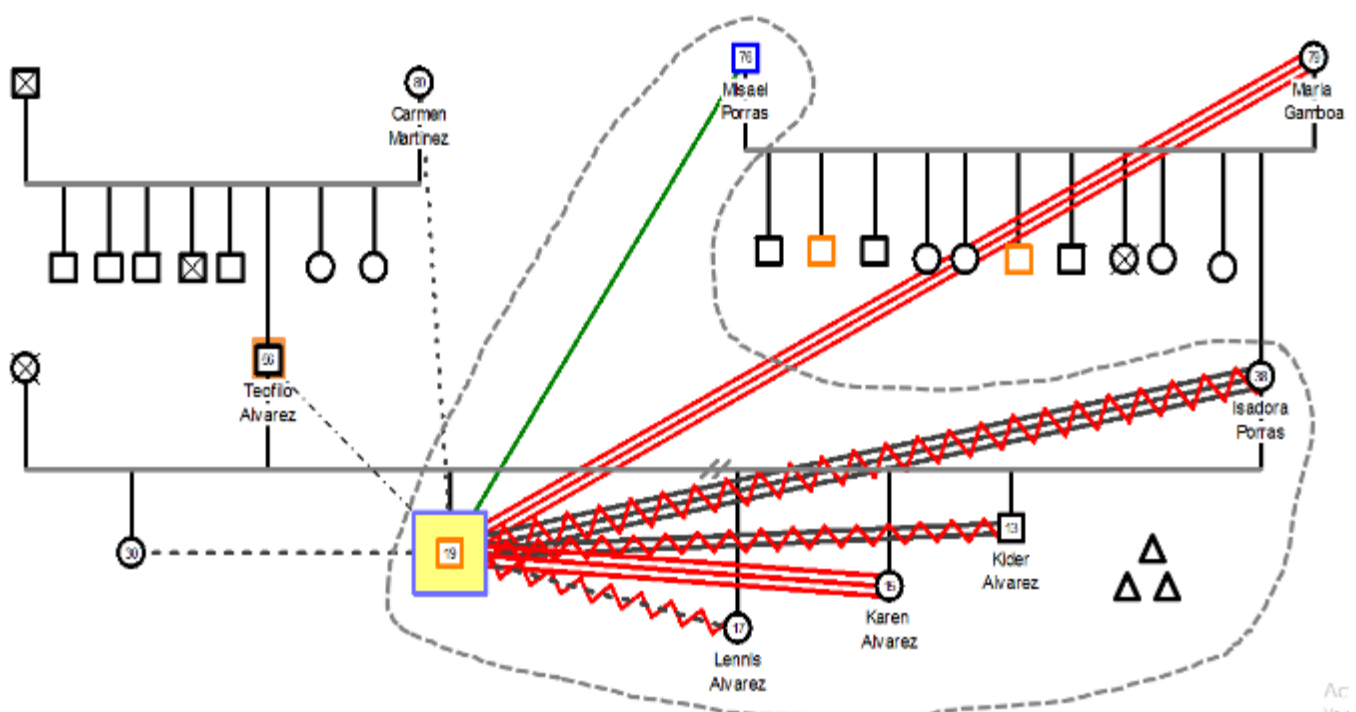
Hace 8 años el paciente refiere “mire bien lo que pasaba en mi casa, los problemas de mis papás” el paciente afirma “por esa situación cambié el rumbo de mi vida, cambié todo a negativo, como tener amistades malas”

Hace 5 años “quería salir de lo normal, distraerme. Consulté sobre las sustancias psicoactivas como la marihuana, comencé a tener el gusto y a verlo normal consumirlo. Primero una vez al mes; llegué a punto que era diario el consumo por medio de las fiestas con alcohol, marihuana y cigarrillo”

En la familia “presentábamos al mismo tiempo problemas. Mi mamá le hizo el pare a mi papá y de ahí en adelante le tocó a ella sola, mi papá se desaparecía en ocasiones llegaba y hacia que no pasaba nada, en la actualidad no viven los dos y es mejor, cuando mis papás se separaron los lazos de familia y más que todo los de mi mamá y los míos se rompieron; un día mi mamá me echó de la casa para que viviera con mi papá; en ese momento el poquito de cariño que le tenía a ella se acabó. Yo creo que ella pensaba que yo quería más a mi papá”

El 18 de noviembre refiere que la madre de familia habla con el paciente como primera solución. Buscan instituciones para el proceso de rehabilitación. El 6 de diciembre del 2015 el paciente ingresa a la institución. J.E.A refiere “El 9 de marzo del 2016 salí de la institución, aprendí mucho pero ahora, lo quiero colocar en práctica con mi familia y aún más con mi mamá, todavía presento peleas continuas, falta de comprensión y confianza; ella piensa que cuando voy a salir es a consumir y no va a ser así, no me cuenta de sus problemas.”

Familiograma



Observaciones del familiograma

En el familiograma del paciente J.E.A se observa relación conflictiva con la figura materna, hermana mayor de 17 años y hermano menor de 13 años, relación estrecha con la abuela materna y hermana de 15 años. Con la figura paterna se indaga relación distante, refiere “a mi papá poco lo veo solo sé que él está bien” de igual forma el paciente afirma que el padre de familia es alcohólico, tíos maternos consumidores de sustancias psicoactivas.

Área personal

El paciente describe “soy una persona activa con diferentes pensamientos desde que salí de la institución; en la actualidad me interesa pintar, mi familia y salir de deudas como la tarjeta militar” afirma “no entiendo mis emociones no sé cómo explicarlas y cómo reaccionar en algunas ocasiones soy muy impulsivo en algunas ocasiones agresivo ” se caracteriza, “ soy amable con facilidad para hablar con personas desconocidas cuando me relaciono con las personas en algunas ocasiones me incomoda que me impongan cosas; como en la casa, mi mamá dice que no sigo normas, eso me da rabia y ahí es donde no sé cómo controlarme”

Instrumentos

Al inicio de la evaluación del paciente se realiza la aplicación de instrumentos y formatos de valoración psicológica.

Consentimiento informado.

Documento facilitado por el Instituto Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana, en cual se informa al consultante en qué consistía la intervención psicológica y los objetivos terapéuticos. En el consentimiento informado se obtiene la autorización del paciente para llevar a cabo la evaluación e intervención psicológica, enfatizando que la información recolectada es confidencial; de igual forma es pertinente exponer que la profesional de psicología

se encuentra en proceso académico para recibir el título de especialista de psicología clínica (Ver Anexo 2).

Historia Clínica del adulto del Instituto de Familia y Vida.

Formato diseñado por el instituto familia y vida, en el cual se recolecta información del paciente bajo las normativa legal que rige el ejercicio de los psicólogos clínicos en Colombia (Código Deontológico y Bioético; Resolución No. 1995 de 2006). El documento es de registro a mano, en la cual enfatiza datos relevantes para una mejor comprensión del caso; señala motivo de consulta, Observaciones generales del paciente, historia de la situación, intentos previos para solucionarlo, percepción de la situación desde el paciente, redes de apoyo del paciente, familiograma, área personal, historia académica, área social, historia laboral, antecedentes personales, relaciones de pareja, conductas de riesgo, impresión diagnóstica, plan de tratamiento y seguimiento terapéutico. (Ver Anexo 3).

Escala de habilidades sociales (EHS).

Autor: Elena Gismero González.

Instrumento psicológico para adultos y adolescente evalúa habilidades sociales a través de 6 subescalas; Autoexpresión en situaciones sociales, Defensa de los propios derechos como consumidor, Expresión de enfado o disconformidad, Decir "no" y cortar interacciones, Hacer peticiones e Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Está compuesto por 33 ítems, 28 de falta de aserción y 5 sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta; No me identifica en absoluto, la mayoría de veces no me ocurre o no lo haría; más bien no tiene que ver con migo, aunque alguna vez me ocurra; me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así, la última opción de respuesta corresponde a; muy de acuerdo y me siento o actuaría así en la mayoría de casos. En la evaluación a mayor puntuación global el individuo expresa más

habilidades sociales y capacidad de aserción en distintas situaciones. (Gismero, 2002) (Ver anexo 4)

Inventario de ansiedad: Rasgo estado (IDARE).

Autores: DR.Charles D.Spoelberger y DR. Rogelio Díaz-Guerrero

Instrumento psicológico auto-aplicable, individual o grupal. Evalúa dos dimensiones de ansiedad; ansiedad-rasgo (A-Rasgo) y ansiedad-estado (A-Estado). Consta de 40 afirmaciones en las que el individuo describe cómo se siente actualmente y como se siente en una situación determinada. (Spielberger & Díaz, 1970) (Ver anexo 5)

Cuestionario de análisis clínico (CAQ).

Autor: Samuel E. Krug

Instrumento psicológico, en el cual se analiza conductas psicopatológicas, por medio de 12 variables clínicas de la personalidad; hipocondría, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja-energía, culpabilidad-resentimiento, apatía-retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, Psicastenia y Desajuste psicológico. Consta de 144 ítems con 3 alternativas de respuesta cada uno. (Krug, 1980) (Ver anexo 6).

Procedimiento

La atención de caso clínico se realizó a través del procedimiento que se presenta a continuación:

Apertura de historia clínica.

Al comienzo de la primera sesión, se realiza la firma del formato del consentimiento informado; a su vez se inicia el diligenciamiento de la historia clínica facilitada por la institución;

se establece compromiso terapéutico junto con el paciente fortaleciendo así la empatía terapeuta consultante; para poder así abordar datos importantes a tener en cuenta en la intervención.

Evaluación cognitivo conductual (Ver tabla 1)

Se realiza entrevista clínica cognitivo-conductual al consultante y madre de familia; en el cual se observa y analiza comportamientos, pensamientos, emociones y conductas importantes a tener en cuenta en la evaluación. Se desarrolla ejercicio denominado “contando mi historia” (Ver anexo 7) se pide al consultante escribir su vida por medio de una actividad autobiográfica.

Aplicación de instrumentos psicológicos.

A partir de los datos recopilados en la historia clínica; se realiza la aplicación de instrumentos psicológicos, pertinentes para la evaluación del consultante en el ámbito social, individual y personal. (IDARE, CAQ, EHS)

Diseño del plan de intervención. (Ver tabla 5)

Para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos; se recopila técnicas y actividades del enfoque cognitivo-conductual; para diseñar el plan de intervención óptimo a resolver el motivo de consulta.

Intervención clínica.

Se realiza la aplicación de las técnicas y actividades planteadas para la intervención psicológica, evidenciando en cada consulta logros alcanzados y cambios de pensamiento emoción y conducta.

Cierre del caso.

Al cumplir los objetivos planteados, se realiza el cierre del caso; junto con el paciente se evalúa los cambio observados.

Seguimiento.

Al realizar el cierre del caso clínico es necesario desarrollar seguimiento psicológico. Con el paciente J.E.A se efectúa por medio de llamadas telefónicas, en la cual se indaga por su evolución.

Objetivos terapéuticos

- Reestructurar pensamientos que desfavorecen el vínculo materno-filial.
- Favorecer el autocontrol en el manejo de ira por medio de la técnica de relajación e imagería.
- Desarrollar entrenamiento en respuestas alternativas frente a situación, emoción y conducta que desfavorece el vínculo materno- filial.
- Fortalecer el establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.
- Evaluar logros alcanzados en la intervención clínica.

Evaluación e intervención del caso clínico

La evaluación e intervención del caso clínico se realizó de la siguiente manera:

Evaluación del caso clínico

Tabla 1.

Evaluación del caso clínico

Número de sesión de evaluación	Actividad	Observaciones
Sesión 1	Apertura de historia clínica	Se comienza historia clínica; en la cual se recopilan datos importantes a tener en cuenta en la evaluación; el paciente enfatiza la necesidad de fortalecer vínculo materno filial; de igual forma se evidencia red de apoyo familiar e interés del paciente frente a la terapia psicológica. El paciente presenta dificultad en el seguimiento de normas; afirma que en ocasiones actúa con agresividad al no obtener lo que desea. El consultante refiere consumo de sustancias desde los 14 años de edad; en el año 2015 ingresa a instituto de rehabilitación con buenos resultados.
Sesión 2	Realización del familiograma	Se realiza el familiograma en compañía del paciente; se indaga relación conflictiva con la figura materna. Consumo de sustancias psicoactivas en tíos maternos, abuso de alcohol en figura paterna; al realizar

		el ejercicio el paciente refiere “ los principales problemas con mi mamá es por falta de confianza, cuando salgo ella piensa que voy a consumir, ella no cuanta conmigo para nada”
Sesión 3	Entrevista cognitivo conductual con el paciente	Durante la entrevista cognitivo conductual, el discurso del paciente es realizado por medio de metáforas en la cual describe el comportamiento de las demás personas y de sí mismo. Se aborda conducta problema, situaciones que se evidencia dificultad en el vínculo con la madre, indagación sobre los determinantes de la conducta problema y relevancia de la conducta problema su desarrollo y las necesidades del cambio. El comienzo del consumo de sustancias psicoactivas el paciente enfatiza que sucedió al presentar la separación de los padres de familia y diferentes discusiones “lo vi

como una salida no quería saber nada de eso”.

El paciente refiere “la relación con mi mamá empeoró cuando ella me echó de la casa y me fui a vivir con mi papá, ya no la veía igual, ya no era mi mamá, cuando volví a vivir con ella fue porque presenté una pelea con mi papá cuando estaba borracho, trató de pegarme. Todo no siguió igual, empeoró y consumí más drogas”. Se evidencia problemáticas en la institución escolar; “vendía cuchillos para conseguir plata, un amigo me sapió, por eso es que yo no confié en nadie siento que todos me van a engañar y hacer daño” en ocasiones enfatiza que se escapaba de la institución para comprar, consumir y vender sustancias psicoactivas.

Se evalúa lazos fraternos; refiere presentar continuas peleas con su hermano menor y hermana mayor “mi mamá me trata diferente a mí y cuando peleo con ellos ella

nunca me defiende teniendo yo la razón, se la pasa comparándose con ellos por mi comportamiento”.

Frente al proyecto de vida no tiene establecimiento de metas; presenta dificultad al comenzar y terminar un tarea o trabajo refiere “me da pereza todo, cuando hago algo se me quita rápido el gusto y lo dejo”. En la actualidad refiere que se encuentra trabajando en una galería y como pintor en una obra; en ocasiones ayuda en la empresa familiar de decoraciones.

Sesión 4

Entrevista cognitivo
conductual con la madre de
familia

Se realiza entrevista a la madre de familia; se evalúa conducta problema, situaciones que se evidencia dificultad en el vínculo con el consultante.

La madre refiere que el desarrollo del consultante fue “normal” sin dificultades.

La madre refiere que J.E.A “es un niño que quiere tener todo bien y hacer lo que él quiere, él tiene pensamientos que yo no lo quiero como

quiero a mis otros hijos”; de igual forma la madre de familia refiere que el inicio de los problemas fue al presenciar la separación y evento puntual que el paciente afirma de cambio de domicilio. Se observa desvinculación temprana, refiere “cuando nació el, yo era muy joven no sabía cómo criarlo ni cómo tratarlo, le pedí ayuda a mi hermana, ella cuidaba lo indispensable a él porque yo le pagaba se puede decir que mi hijo no tenía una figura materna, yo no tenía casi contacto, y sé que si él venía a mi yo no quería tener contacto físico puesto que no quería hacerle daño. Cuando me separé del papá me encargué yo sola de mis hijos, no quería que les pasara nada y por eso no lo dejaba salir, a todo le decía que no” la tía materna del paciente se desplazó del domicilio por discusiones continuas con el padre del consultante; la madre de J.E.A afirma “me responsabilicé de mis hijos

		sola por eso me tocaba dejarlos en la casa mientras yo trabajaba”.
Sesión 5	Realización de actividad “ contando mi historia”	Se realiza actividad con el consultante “Contando mi historia” dentro de la sesión se le indica al paciente un ejercicio autobiográfico. El paciente inicia dicha actividad en sesión y la culmina como tarea para la siguiente consulta. El paciente presenta dibujos acompañados de un escrito. en él resaltan los siguientes elementos: Dibujos: En las imágenes realizadas por el paciente se evidencia fortaleza en capacidad artística. En el orden de las imágenes se analiza que en los dos primeros dibujos plasma la necesidad e importancia del vínculo temprano madre e hijo. (Niño en el seno materno y logros junto a la madre). En las siguientes imágenes el paciente se plasma por medio de metáforas o proyección de el mismo.

Relato: Se evidencia discurso floreado, por medio de frases metafóricas se describe su comportamiento. (Ver anexo 7)

Sesión 6	Aplicación de instrumentos psicológicos.	Se aplican los instrumentos (IDARE, CAQ, EHS) Para evaluar ámbito social, individual y personal.
----------	--	---

Resultados de los instrumentos psicológicos Aplicados al paciente J.E.A.

Los resultados de cada instrumento psicológico utilizado en la evaluación del estudio de caso se presentaran a continuación.

Escala de habilidades sociales (EHS).

Conducta Ante la aplicación

Durante la aplicación de la prueba psicológica EHS se observa alerta, receptivo, colaborador, conducta motora inquieta, estado de ánimo modulado.

Tabla 2.

Resultados Cuantitativos del instrumento (EHS).

I	
PD	32
II	
PD	18
III	
PD	13
IV	
PD	24
V	
PD	15
VI	
PD	32
TOTAL	122

Tabla 3.

Centil de cada resultado obtenido.

Baremos de jóvenes varones

I	
Centil	98
II	
Centil	80
III	

Centil	85
IV	
Centil	99
V	
Centil	35
VI	
Centil	99
Global	99

Integración de los Resultados

Según la campana de Gauss presenta nivel alto en los centiles I, II, III, IV y VI. Refleja que el paciente presenta facilidad para las integraciones, expresar sus propias opiniones y sentimientos. Tiene expresión de conducta asertiva frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situación de consumo.

Presenta capacidad de expresar enfado, sentimiento negativos justificados o desacuerdos de otra persona. Refleja la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener, así como negarse a prestar algo cuando le disgusta hacerlo. Tiene iniciativa para comenzar una nueva interacción con el sexo opuesto.

Se indaga nivel bajo en el centil V con un puntaje de 35; en cual indica el que individuo presenta dificultad para expresar peticiones de lo que se quiere de otra persona.

Inventario de ansiedad: Rasgo estado (IDARE).

Conducta durante la aplicación

Durante la aplicación de la prueba psicológica IDARE se observa alerta, receptiva, colaboradora, conducta motora inquieta, estado de ánimo modulado.

Resultados Cuantitativos

Por medio de la plantilla de resultados se realiza la suma de cada ítem con su respectivo valor.

Tabla 4.

Valor de estado y rasgo

Estado		
1+1+1+1+1+1+2+3+2+1+1+1+1+1+2+1+2+1+1+1	=	26
Rasgo		
1+1+1+1+1+3+1+1+1+1+2+1+1+1+1+1+2+2+1+1	=	25

Integración de los Resultados

En la escala de Ansiedad-Estado se obtuvo un nivel bajo, de este modo se percibe que frente a un momento particular y con un determinado grado de intensidad, el paciente presenta baja ansiedad.

La escala Ansiedad-Rasgo cuantitativamente arrojó bajo nivel de ansiedad como rasgo, indicando así que el paciente no presenta diferencias significativas en el grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción altamente ansiosa ante determinadas situaciones.

Cuestionario de análisis clínico (CAQ).

Conducta Ante la aplicación

Durante la aplicación de la prueba psicológica CAQ se observa alerta, receptivo, colaborador, conducta motora inquieta, estado de ánimo modulado; afirma “me concentro más hablando” realiza preguntas a la terapeuta, se explica la importancia del silencio y de la concentración para obtener buenos resultados

Integración de los Resultados (Ver anexo 8)

Presenta en nivel alto en las escalas de Paranoia y desviación psicopática el cual indica que el individuo cree que se le persigue, espía, controla o maltrata y no le ofende las críticas, acepta lo antisocial en sí mismo o en otros.

Análisis de resultados de evaluación.

Al aplicar e interpretar los instrumentos psicológico utilizados; se analizan las conductas desadaptativas, síntomas del paciente y posible trastorno de personalidad; para poder así descartar las hipótesis planteadas y sustentar el caso clínico.

A continuación se presenta el análisis funcional de la conducta del paciente al igual que el constructo de hipótesis clínica explicativa producto de toda la fase de valoración.

Análisis funcional de la conducta

El paciente presenta disfuncionalidad en el ambiente familiar, enfatizando en el vínculo materno-filial. El consultante continuamente desarrolla discusiones con su figura materna y hermanos menores, se le dificulta seguir normas establecidas en el entorno familiar y laboral.

Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.

Factores de Predisposición

- Historia de consumo del padre de familia y tíos maternos

- Desvinculación en la primera etapa con la madre de familia

Factores de Adquisición

- Problemáticas en el vínculo materno- filial
- Separación de los padres de familia
- Crianza por parte de tía materna

Factores desencadenantes

- Comparación de comportamientos con los hermanos menores
- Separación de los padres
- Evento puntual de desplazamiento de hogar que refiere el paciente
- Problemáticas en la historia académica
- Desplazamiento de domicilio de la tía materna.

Factores de Mantenimiento

- Discusiones continuas con la figura materna
- Problemáticas al conseguir y mantener un trabajo estable

Factores protectores

- Red de apoyo familiar.
- Motivación hacia el cambio.
- Habilidades artísticas.
- Interés por el deporte y práctica de actividad física.
- Acercamiento espiritual.

Hipótesis clínica explicativa

La conducta del paciente J.E.A puede estar relacionada a la desvinculación afectiva por parte de la madre de familia; en su primera etapa de vida fue cuidado por su tía materna; no estableció comunicación ni afecto con su madre. Este comportamiento proporciona inseguridad emocional en el desarrollo psicológico y social; teniendo en cuenta que no se construye el proceso de apego en la infancia, durante el curso de su crecimiento no desarrolla relaciones seguras y confiables con las demás personas.

Respecto al vínculo madre e hijo en la primera etapa se evidencia una madre que rechaza los intentos del paciente para establecer contacto físico, ante esto el individuo exhibe conductas de desapego. Sobre la relación con las demás personas se demuestra que no busca ni espera apoyo, cariño, empatía ni intimidad en las relaciones interpersonales, tienden a victimizar a los otros, esto se debe a que no pueden reconocer su propia vulnerabilidad y por ello la proyecta. Con frecuencia se percibe como arrogante, impulsivo, comportamientos de superioridad. Frente al consumo de sustancias psicoactivas, se identifica que el vínculo que se establece en un inicio con la familia tiene repercusión en el consumo de drogas en la etapa adolescente y adultez; se evidencia comienzo de consumo por discusiones, separación de padres y desplazamiento de domicilio de tía materna, persona en la cual se observa como apoyo.

Intervención del caso clínico

Tabla 5.

Intervención del caso clínico

Número de Sesión de intervención	Objetivo de la sesión	Metodología de la sesión	Observaciones
1 sesión	- Realizar terapia de aceptación y compromiso para la realización óptima de los objetivos a plantear junto con el paciente. - Explicar los objetivos de la intervención. - Realizar explicación del auto-registro en la cual se evaluará situación, pensamiento, emoción y conducta.	- Al obtener la evaluación del paciente es importante concientizar las importancias de la participación positiva de él, frente a la intervención; por esta razón se realiza la terapia de aceptación y compromiso (TAC). - Objetivos terapéuticos: Se fija junto con el paciente los objetivos de la intervención. - Desesperanza creativa: se habla sobre los	El paciente afirma entender la importancia de los objetivos en terapia, para poder así solucionar el problema (motivo de consulta) de igual forma J.E.A. enfatiza su interés en la intervención psicológica. Afirma “sé que con mi participación y compromiso en terapia psicológica

intentos previos que el paciente ha realizado para resolver la problemática. Se le propone que abandone lo que no le ha funcionado y busque otra alternativa diferente que es la que propone esta terapia y que le llevará a reducir de forma fundamental su sufrimiento psicológico. - Actividad que lleva a la Reflexibilidad psicológica: Por medio de videos se explica al paciente la importancia del compromiso	lograre estar bien con mi mamá”. Al explicar el auto- registro por medio de un ejemplo. El paciente entiende como realizarlo en casa.
---	---

de él dentro de la terapia para poder así cumplir los objetivos.

- Compromiso: para finalizar se realiza un compromiso por escrito donde el paciente expresa su disposición frente a la consulta y su intervención.
 - Se deja actividad para casa, en la cual consta de un auto- registro, facilitado en documento impreso por el terapeuta (Ver anexo 9). Al paciente se expone la importancia de la realización de la actividad, a su
-

		vez se explica cómo se realiza el formato, por medio de un ejemplo.
2 sesión	Identificar la jerarquía de las situaciones, objetos o personas que le produce una exacerbación disfuncional de la conducta.	Al obtener el autoregistro de situación emoción y respuesta se realiza la Jerarquía de estímulos: En la cual el paciente realzará una escala de las distintas variaciones de cada situación problema y emoción que el afirma. Estas escalas serán descritas en jerarquía de menor a mayor. El paciente al terminar la lista se le propone explicar lo escrito dando una explicación a cada escala. (Ver anexo 10) El paciente enfatiza 6 situaciones problema (Ver anexo 10) que desfavorece el vínculo materno-filial. Se analiza que en la jerarquía de situación el consultante escoge de mayor importancia las discusiones y falta de confianza por parte de la figura materna. J.E.A refiere “sé que la jerarquía va de menor a mayor. En este momento lo que destaco como importante es fortalecer los lazos con mi mamá lo demás va en añadidura teniendo

			su importancia cada uno”.
3 sesión	• Explicar y ejecutar técnica de relajación progresiva o diferencial. • Identificar en el paciente las señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en situaciones de tensión.	En la sesión se realiza psicoeducación sobre la técnica a utilizar en consulta (relajación progresiva). Se enfatizará su utilidad y procedimiento. Al finalizar la explicación se da inicio a la realización de la técnica. Para un mejor entendimiento del paciente; el terapeuta primero deberá realizar la actividad solo; después junto con el paciente.	Al realizar la técnica de relación progresiva el paciente refiere “nunca había realizado una actividad así, me siento relajado y tranquilo” de igual forma al explicar la importancia de su realización no tan solo en terapia psicológica sino también en situaciones problema, J.E.A afirma “nunca pensé en relajarme cuando tengo discusiones con mi mamá y mis hermanos yo realizo todo lo contrario” el paciente se compromete a realizar la técnica en casa.
4-5 sesión	Realizar entrenamiento de respuesta alternativas	Al obtener la escala de situaciones en jerarquías realizada en el sesión 2 de intervención y haber	Al realizar el entrenamiento de respuestas alternativas en

frente a la situación, conducta y pensamiento problema (imaginería).	desarrollado explicación y ejecución de la técnica de relajación progresiva.	la situaciones problema, el paciente desarrolla la técnica de relajación y por medio de imaginaria J.E.A se le facilita ejecutar la actividad. Al finalizar el consultante refiere “
Realizar una aproximación sucesiva del paciente en cada situación que le produce una exacerbación disfuncional de la conducta.	Procedimiento 1. Relajar los músculos con la implementación de la técnica de relajación. 2. Se implementará la lista de jerarquías para poder abordar en cada una de las escalas. 3. Avanzar, a través de la imaginación o mediante enfrentamiento, con las situaciones de la jerarquía. Es importante que se practique la visualización para	al tener claro otro comportamiento que puedo implementar cuando presento problemas , me va a hacer más fácil actual de buena forma”

que la situación se viva real. No se pasará a una nueva situación problema hasta no haber logrado que la anterior situación de la jerarquía quede totalmente resuelta.

6-7 sesión	- Realizar técnica de reestructuración cognitiva. - El paciente modificara el modo de interpretación y valoración subjetiva de cada situación problema. - Evaluar el proceso de intervención por medio del auto informe.	Para realizar la técnica de reestructuración cognitiva al paciente se le facilitará un cuadro en el cual describirá el acontecimiento y supuestos de la situación o pensamiento automático. Al terminar el terapeuta identificará y cuestionará sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros.	Por medio del formato facilitado al paciente; J.E.A modifica su interpretación en cada situación problema, refiere “ al obtener otra respuesta en situaciones problema, lo que realizamos en la consulta pasada; me es fácil cambiar la percepción que tengo de cada situación, sé que me falta cambiar unas”.
------------	--	---	---

		Al finalizar la consulta se dejará como compromiso terapéutico un auto-informe facilitado por la terapeuta; para poder así evaluar el proceso hasta el momento.	
8 sesión	• Evaluar el auto informe. • Reforzar las conductas modificadas por medio del procedimiento time out.	Al inicio de la consulta se pide el auto-informe recomendado en la consulta pasada. Se aborda los refuerzos que mantiene la conducta desadaptativa; para poder así explicar y realizar ejemplos de la técnica denominada time out, pudiendo así reducir las conductas.	Al evaluar el auto informe, se analiza la falta de refuerzo positivo en 1 situaciones problema. (Discusiones con la madre de familia cuando se presenta una situación en desacuerdo, frente al comportamiento del hermano de 13 años). El paciente refiere “cuando mi hermano me molesta sé que actuó mal, porque le pego pero no sé cómo actuar en ese momento para no tener que pelear con mi hermano ni con mi mamá” Al explicar la técnica

			de Time out y su importancia. J.E.A refiere “ si, cuando pase ese situación me voy a dirigir al cuarto y cuando me calme y mi hermano se le olvide lo que me hizo vuelvo a salir, así mi mamá no va a pelear conmigo porque no le voy a pegar a mi hermano menor ”
9- 10 sesión	Implementar técnica de imaginación y narrativa respecto al proyecto de vida del paciente.	Es importante al inicio de la consulta, indagar como fue el funcionamiento de la aplicación de la técnica de Time out propuesto en la consulta pasada. Reforzar ejecución. Es necesario abordar el proyecto de vida del paciente en el cual se utilizará por medio de un cuento creado por el; al finalizar el escrito el paciente se propone narrar lo creado. A continuación se realiza técnica de relajación ya vista anteriormente; para	Se analiza por medio del escrito (cuento) que el paciente si establece metas a corto y mediano plazo. Se realiza refuerzo en las metas a largo plazo. El paciente refiere “nunca me proyecto a futuro, la verdad no me veía, me gusto imaginarme en un futuro, tengo nuevas metas” En la sesión número 10 el paciente plasma lo tratado en la

		poder así desarrollar la imaginación del proyecto de vida a corto mediano y largo plazo. Al finalizar la segunda consulta de la misma temática; se realiza una cartelera en el cual plasma por medio de dibujos y letreros lo trabajado en las sesiones. Para la siguiente consulta de cierre, al consultante se le entrega un formato para diligenciar la madre de familia; en el cual se evalúan los cambios de comportamiento evidenciados. (Ver anexo 11)	consulta pasada, se destaca habilidades artísticas de pintura y dibujo.
11 sesión	• Evaluar el proceso y resultados obtenidos en la intervención psicológica por medio de material lúdico.	En la última sesión se abordaron los objetivos planteados al comienzo de las sesiones. En el cual se evaluará cada uno de ellos, con sus metas alcanzadas y modificaciones de pensamientos, emociones y conductas del paciente. Se indica al consultante; plasmar los cambios	Al evaluar el informe realizado por la figura materna del paciente y de igual forma el dibujo de J.E.A se analiza modificación cognitiva, conductual y emocional del
Cierre del caso			
Seguimiento:			

	observados por medio de paciente (Ver
• Valorar la	material facilitado por el anexo 11).
evolución del	terapeuta. (Ver anexo 11) En el seguimiento se
consultante	Se Estableció contacto puede evidenciar:
después del	telefónico semanal con el Mantenimiento de
cierre del caso.	consultante, para rastrear los logros
	su evolución después del desarrollados en
	cierre del caso. consulta,
	permanencia en los
	trabajos; se refiere
	mejor dinámica
	familiar.

Resultados de la intervención terapéutica

Como resultados generales de la intervención del paciente, se logró identificar y modificar los pensamientos y conductas desadaptativas que desfavorecen el vínculo materno-filial de igual forma se evidencia fortalecimiento en las metas a corto, mediano y largo plazo del paciente.

La madre de familia reporta disminución de discusiones, autocontrol en situaciones problema. Se evidencia fortalecimiento en el vínculo fraterno, mayor comunicación y comprensión con hermano de 13 años y hermanas de 15 y 17 años; del mismo modo se indaga reforzamiento en el nivel afectivo, el paciente demuestra afecto a cada integrante de la familia; sigue normas en el hogar y el trabajo. En el ámbito laboral se observa compromiso y responsabilidad; establece nuevas amistades.

Discusión

El niño desde el momento de su nacimiento crea vínculos afectivos con las personas que lo rodean siendo esta en primera instancia la madre; en esta interacción el niño empieza a establecer relaciones de afecto con sus padres quienes se encargan de proporcionar seguridad emocional indispensable para el desarrollo de habilidades psicológicas y sociales (Chias y Zurita, 2009) en el caso atendido se observa desvinculación temprana con la figura materna; no se establece vínculo afectivo con la madre biológica ni tía materna de crianza; el cual no proporciona seguridad para el desarrollo de habilidades psicológicas y sociales. De igual forma Oliva, (2011) señala que la persona en su adolescencia y edad adulta va a imitar estos primeros vínculos de apego que ha construido con su familia en los compañeros, pares y pareja afectiva; en el paciente de 19 años presenta dificultades en el vínculo materno, fraterno y parejas afectivas; como resultado de la desvinculación temprana.

Respecto al tipo de apego; sujeto preocupado, equivalentes a los inseguros ambivalentes; patrón (c). Propuesto por Oliva, (2011) y Vargas, Ibañez y Javier, (2005) Se evidencia que J.E.A es una persona con este tipo de vínculo, se caracterizan por mostrar elevados niveles de afectividad negativa, suelen presentar problemas de conducta como consumo de sustancias psicoactivas o actividades delictivas.

Basándonos en el consumo de sustancias psicoactivas y factores familiares se observa en el paciente modelados negativos del uso de sustancias por parte de padre biológico y tíos maternos, las actitudes de los mismos sobre las drogas, conflictos familiares, estilos educativos y exposición a estrés como por ejemplo separación o divorcio de los padres, la calidad de la relación padre e hijo influye en el sentido que a mayor discusiones y relaciones distantes mayor riesgo de consumo. (Sanz, Martínez, Iraurgi, Muñoz, Galíndez, Cosgaya y Nolte, 2004), Hemovich, Lac y

Crano; Barret y Turner y Brown, Rinelli (como se citó en Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013) Respecto al consumo de drogas identifican como específico, modelado negativo por parte de los padres. No específico se identifica la vulnerabilidad del individuo frente a dificultades familiares.

En relación al consumo a nivel psicológico entre los trastornos de personalidad prevalentes Gonzales, Mujica, Terán, Guerrero & Arroyo, (2016) ha identificado el pasivo – agresivo, el antisocial, compulsivo, narcisista, paranoide, histriónico y el agresivo – sádico, los rasgos de trastornos de personalidad que con mayor frecuencia se presentan en personas consumidoras de sustancias psicoactivas son el antisocial, evitativo y el depresivo. En los resultados encontrados en la prueba psicológica CAQ el paciente J.E.A presenta en nivel alto en las escalas de Paranoia y desviación psicopática.

La desviación psicopática según el DSM IV y DSM V (Manual de diagnóstico de Psiquiatría) dentro de los trastornos de personalidad, es el trastorno antisocial de la personalidad. Según, Cifuentes & Londoño, (2011) Se comprende como el conjunto de conductas que infringen las normas o leyes en el hogar o instituciones a su vez la falta de autocontrol relacionado a la impulsividad. El paciente presenta rasgos antisociales puesto que desarrolla dificultades en seguimiento de normas establecidas, de igual forma su comportamiento es impulsivo en situaciones problema; se indaga pensamientos desadaptativos en la cual desfavorecen las relaciones interpersonales.

Teniendo en cuenta todo lo desarrollado del caso clínico se identifica que es de suma importancia el apoyo familiar como agentes reforzadores de la conducta de cambio. Según Velásquez y Pedrao, (2005) la familia es el principal eje de apoyo proporcionando sentimientos de placer y satisfacción que sirven al paciente como factores protectores frente al consumo y problemáticas del individuo.

La intervención desarrollada con J.E.A permite dar cuenta del cumplimiento de los objetivos terapéuticos, en la medida que por medio de la modificación de conducta y pensamientos desadaptativos fue posible fortalecer el vínculo materno-filial. La madre de familia reporta disminución de discusiones, autocontrol en situaciones problema; de igual forma se indaga reforzamiento en el nivel afectivo, sigue normas en el hogar y el trabajo. En el ámbito laboral se observa responsable y comprometido.

La evaluación e intervención psicológica del paciente J.E.A se realizó con base en la terapia cognitivo –conductual. Se modificaron comportamientos y pensamientos problema que desfavorecían el vínculo materno-filial; Cuando se desarrolla la intervención desde la terapia cognitivo conductual se busca “el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen” (Ruiz, Díaz, Villalobos, 2012 p.83) de igual forma la estructura del seguimiento del caso se realizó como lo refiere Minici, Rivadeneira y Dahab (2001); con tres pasos; evaluación del caso en la cual se desarrolla la hipótesis explicativa y aplicación de prueba psicológicas pertinentes para establecer y orientar la intervención y los objetivos terapéuticos , intervención por medio de la aplicación de técnicas orientadas al logro de los objetivos planteados, y por último el seguimiento en la cual se evaluó los logros alcanzados y realización de ajustes para el mantenimiento del cambio. Durante la realización del proceso mencionado, es importante resaltar el comportamiento del paciente durante la consulta; se observa activo, receptivo, colaborador, orientado en tiempo, persona y lugar; su discurso lo realiza por medio de metáforas en las cuales describe su comportamiento en situaciones problema; de igual forma en cada actividad desarrollada se analiza que el consultante racionaliza cada palabra antes de expresarla o escribirla.

Desde esta discusión se hace necesario mencionar la importancia del rapport terapeuta-consultante; puesto que es el enlace en la cual depende la óptima realización del proceso

psicológico; como a su vez el desarrollo de los objetivos terapéuticos por medio del compromiso y disposición del paciente.

Conclusiones

Desde el momento que el niño nace crea vínculos afectivos con las personas que lo rodean las cuales son indispensable para el desarrollo psicológico y social.

Cuando se comparten una serie de características o rasgos de diversos trastornos de personalidad, se hace difícil el diagnóstico.

El modelado negativo en la infancia frente al consumo de sustancias por parte de familiares, eventos de alto estrés en la adolescencia, problemas a nivel escolar y legal se correlacionan de manera positiva con problemas de consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas.

La familia se configura como red de apoyo para el tratamiento y recuperación de los pacientes.

Al modificar pensamiento, emoción y conducta en el paciente J.E.A se fortalece el vínculo materno- filial.

Recomendaciones

Debido a los resultados obtenidos en la intervención psicológica con el paciente J.E.A; se recomienda seguir utilizando o implementando las técnicas enseñadas durante el proceso psicológico; del mismo modo se enfatiza la importancia de la participación y colaboración de la familia como reforzadores del proceso obtenido con J.E.A.

Referencias

- American Psychiatric Associatio. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM – IV-TR. (4th ED., text revision). Wachington,DC:Author.
- Caballo, E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Vol 2: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Cervantes, Y. (2007). La familia y las adicciones. *Anudando*. Recuperado de http://www.clikisalud.net/adicciones/pdf/familia_y_adicciones.pdf
- Chias, M y Zurita, J. (2009). *Emocionarte con los niños el arte de acompañar a los niños en su emoción*. Sevilla: Desclee de Brouwer.
- Cifuentes, J. y Londoño, N. (2011). Perfil cognitivo y psicopatológico asociado a la conducta antisocial. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 58 – 69.
- Corral, V., Frías, M., Fraijo, B. Y Tapia, C. (2006). Rasgos de la conducta antisocial como correlatos del actuar anti y proambiental. *Medio ambiental y comportamiento humano*, 7(1), 89 – 103.
- Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Rev Med Chile*, 136, 169 – 178.
- Gismero, E. (2002). *Manual escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA ediciones, S.A.
- Gonzales, E., Mujica, A., Terán, O., Guerrero, J. y Arroyo, D. (2016). Sintomatología frontal y trastornos de personalidad en usuarios de drogas ilícitas. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 17-28.
- Hernández, O., Espada, J. y Guillén, A. (2016). Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. *Anales de psicología*, 32(2), 609 – 616.
- Holguín, T. y Palacios, J. (2014). La genética del trastorno antisocial de la personalidad: una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*, 4(37), 83 – 91.
- Krug, S. (1980). *Cuestionario de análisis crítico*. España: TEA ediciones, S.A.

- Ley 1098. Diario oficial No 46.446, Bogotá, D.C., Colombia, 8 de noviembre de 2006.
- Martínez, J., Anaya, W., Campillo, H., Rueda, G., Campo, A. y Díaz, L. (2007). Consumo de sustancia psicoactivas en adolescentes, Bucaramanga, Colombia 1996 – 2004. *Revista Salud Publica*, 9(2), 215 – 229.
- Minici, A., Rivadeneira, C. y Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? *Revista de terapia cognitivo conductual*, (1), 1 – 6.
- Muñoz, E., Canales, A., Bados, A. y Saldaña, C. (2012). Terapia familiar cognitivo – conductual con cuatro adultos. *Anuario de Psicología*, 42(2), 259-272.
- Nava, C. (2010). Factores que influyen en la adicción adolescente. *Contribuciones a las ciencias sociales*. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnf.htm>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú.
- Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8(2), 55 – 65.
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153 – 169.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de psiquiatría del niño y del adolescente*, 4(1), 65 - 81
- Repetur, K y Quezada, A (2005). Vínculos y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-15.
- Rodríguez, A. (1985). *Manual preventivo contra la drogadicción*. Barcelona: Mitre.
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ruiz, J. y Cano, Justo. (s.f). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Recuperado de <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAFTwAL/manual-psicoterapia-objetiva?part=28>
- Sanz, M., Martínez, A., Iraurgi, I., Muñoz, A., Galíndez, E., Cosgaya, L. y Nolte, M. (2004). El conflicto parental y el consumo de drogas e los hijos y las hijas. *Asociación para el Estudio del Funcionamiento Familiar*. Recuperado de

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_otras_investi/es_9_061/adjuntos/conflicto_parental.pdf

Spielberger, C. & Diaz, R. (1970). *Inventario de ansiedad: rasgo- estado*. México: Manual moderno, S.A.

Timms, P. (2009). La terapia cognitivo conductual (TCC). *Royal College of Psychiatrists*. Recuperado de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Vargas, J., Ibáñez, E. y Javier, S. (2005). Evaluación de vínculos en adolescentes problemáticos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 8(3), 28 – 57.

Velásquez, D. y Pedrao, L. (2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13(8) 836 – 844.

Wesle, R. (1993). Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 1(1), 35 - 50.

Zapata, M. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2), 86 – 94

Anexos

Anexo 1. Casos atendidos en el proceso de práctica clínica

Consultante	Edad	sexo	Escolaridad	Remitido	Motivo de consulta	Numero de sesiones	Estado actual
M.F.C	15	Femenino	Cursando 9º de bachillerato	No	M.F.C refiere "Cuando tenía 5 años un señor que vivía al lado de mi casa me violó. En enero de este año al ver un capítulo del programa la rosa de Guadalupe recordé todo, la historia se parecía mucho a la mía; desde ese momento no dejo de pensar de lo que me pasó a los 5 años eso me hace sentir muy triste y hacer cosas que sé que están mal"	17	Cierre
L.D.S	35	Femenino	5 de primaria	Fiscalía	L.D.R refiere "quiero mejorar mi calidad de vida, quererme como mujer y ser una buena madre dándoles buen ejemplo a mis	10	Cierre por viaje de la paciente

					hijos”. Es remitida por fiscalía; su hija mayor de 12 años de edad se encuentra a disposición por bienestar familiar puesto que es víctima de violación por parte de la expareja de LD.R		
J.C.D	52	Masculino	1 de primaria	Fiscalía	J.C.D refiere “porque la mujer dice que yo le golpeo mucho y la maltrato cuando tomo; por eso fue que ella me demandó” el paciente afirma que desea dejar de beber para poder tener un proyecto de vida estable.	1	El paciente no volvió a consulta por psicología.
K.J.M	8	Masculino	Cursa 1 de primaria	No	El paciente no manifiesta el motivo de consulta. La madre afirma “el comportamiento es raro, uno le habla y el en las nubes; en el colegio me dan	2	

					muchas quejas y yo le pego puesto que me citan en el colegio por mal comportamiento, tengo todo el cuaderno lleno de notas malas. Cuando yo le pego el me promete que no lo va a hacer de nuevo” La madre de familia afirma que el paciente toma objetos de otras personas.		
N.S.M	4	Masculino	Jardín	No	La madre de familia refiere “estoy preocupada porque mi hijo no quiere ir al colegio, se pone a llorar y cuando va a llegar a la institución siempre el señor del transporte me indica que le dan ganas de ir al baño eso me parece raro. Pregunte en el colegio si pasa algo y no me dicen nada. Quisiera saber por	10	Cierre

					qué mi hijo se pone así; decidí retirarlo por este año”. La madre afirma que se encuentra buscando una nueva institución para el paciente		
H.G.N	44	Masc ulino	5 de primaria	Fiscalía	El paciente refiere “yo tengo una hermana que tiene 35 años no hace nada se la pasa gritando a mi papá un día le pegue una patada por maltratar a mi papá, por esa razón tengo demandas en la fiscalía” H.G.N presenta 3 demandas por parte de la hermana describe maltrata intrafamiliar.	3	El pacient e no siguió en el proceso psicoló gico.
J.E.A	19	Masc ulino	Bachillerat o completo	No	El paciente refiere “el concepto de familia en mi hogar ya se perdió, ya tengo otro pensamiento por mi rehabilitación; quiero ponerlo en	17	Cierre

					práctica con mi familia, más que todo con mi mamá, fortaleces los lazos”		
O.H.C	42	Masculino	Bachillerato incompleto	No	El paciente refiere “en la actualidad tengo una relación de pareja y en ocasiones la he golpeado por celos, no se siento que ella me está colocando cacho, quiero controlar eso.	2	Cierre por inasistencia del paciente
J.C.O	45	Masculino	Primaria completa	Fiscalía	El paciente refiere “un día estaba en la tienda tomando una cerveza cuando llego mi esposa y me comenzó a gritar yo no le hice nada y ella me demando, no sé porque me mandaron a terapias” el paciente es remitido por fiscalía por maltrato intrafamiliar.	1	Se realiza el cierre de historia clínica por inasistencias del paciente.

Anexo 2. Contentamiento informado

INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ Identificado/a con Documento No.- _____ de _____, por medio de la presente acepto recibir el acompañamiento psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han aclarado aspectos relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de citas, entre otros.

De igual forma, refiero que he sido informado/a por él o la Psicólogo/a del Instituto de Familia y Vida, de los objetos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es **CONFIDENCIAL** y la Historia Clínica se maneja de acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente (Resolución No. 1995 de 1999; Ley 1090 de 2006). No obstante, sé que soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento. Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún tipo de retribución económica.

En constancia se firma en _____, a los _____ días, del mes _____ del año _____

FIRMA: _____

D.I. No. _____

FIRMA: _____

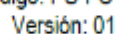
Psicólogo/a Instituto de Familia y Vida.

Anexo 3. Historia clínica del adulto

[illegible]

[illegible][illegible]

Folio No.

[illegible][illegible]

Observaciones generales de la historia laboral

8. ANTECEDENTES PERSONALES

9. RELACIONES DE PAREJA

10. CONDUCTAS DE RIESGO

CONDUCTA	EDAD DE INICIO			DIFICULTADES PRESENTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
Actividad Sexual					
Problemática Legal					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Ludopatía					



Versión: 01

11. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Evaluación multiaxial)

12. PLAN DE TRATAMIENTO

Folio No.

Anexo 4. Escala de habilidades sociales (EHS).

Nombre y apellidos		Edad		Sexo	
Centro		Fecha			
ANTE SUS RESPUESTAS INDICANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODALIDAD DE ACTUAR, COMPRUEBE QUE HACE LA LETRA EN LA ÚNICA LÍNEA DE LA POSICIÓN QUE HA ELEGIDO.					
A No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría. B Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurre. C Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así. D Muy de acuerdo y me sentía o actuaría así en la mayoría de los casos.					
1	A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A B C D			1
2	Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D			2
3	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D	A B C D		3
4	Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo.		A B C D		4
5	Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No».		A B C D		5
6	A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejó prestado.		A B C D		6
7	Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.		A B C D	A B C D	7
8	A veces no sé que decir a personas atractivas del sexo opuesto.		A B C D	A B C D	8
9	Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.		A B C D	A B C D	9
10	Triendo a guardar mis opiniones para mí mismo.	A B C D		A B C D	10
11	A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D		A B C D	11
12	Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D	A B C D		12
13	Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.		A B C D		13
14	Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.		A B C D		14
15	Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.		A B C D		15
16	Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.		A B C D		16
17	No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.		A B C D	A B C D	17
18	Si voy en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.		A B C D	A B C D	18
19	Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D			19
20	Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D			20
21	Soy incapaz de regañar o pedir descuento al comprar algo.	A B C D			21
22	Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresarle mi enfado.	A B C D	A B C D		22
23	Nunca sé cómo reaccionar a un amigo que habla mucho.		A B C D		23
24	Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.		A B C D		24
25	Si un amigo al que le prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.		A B C D		25
26	Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.		A B C D		26
27	Soy incapaz de pedir a alguien una cita.		A B C D		27
28	Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mí físico.	A B C D			28
29	Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B C D			29
30	Cuando alguien se me acerca en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C D			30
31	Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	A B C D			31
32	Muchas veces prefiero ceder, callarme o quitarme de en medio para evitar problemas con otras personas.	A B C D			32
33	Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D			33

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



Autora: Elena Garmezón González.
 Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A.U. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.
 Editor: TEA Ediciones, S.A.U. (Madrid) - Ejemplar impreso en 2005 TMY745 - Printed in Spain. Impreso en España.

Anexo 5. Inventario de ansiedad: Rasgo estado (IDARE).



IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

SXE

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

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 29



Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.** 0813

IDARE

Inventario de Autoevaluación



Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

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

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

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

Anexo 6. Cuestionario de análisis clínico (CAQ).

N.º 139

CAQ
Hoja de respuestas

Apellidos y nombre: Edad: Sexo:

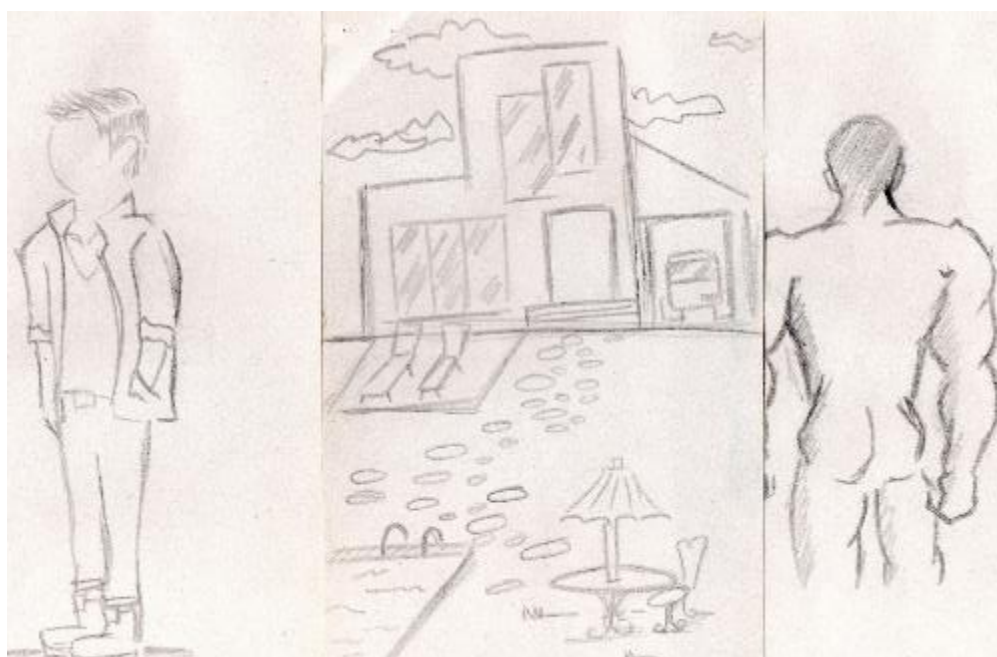
Centro: **Curso/Puesto:**

Estado civil: Fecha:

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

Anexo 7. Actividad “contando mi historia”.





-NACIMIENTO.

DONDE COMIENZA ESTA HISTORIA, PODEMOS OBSERVAR EL PRINCIPIO DEL AMOR LA UNION Y LA NECESIDAD ANTE SER SERES INDEFENSOS EN ESTA ETAPA.

-GRADO.

UN LOGRO TRAZADO AUN EN LA COMPAÑIA Y CALOR DEL HOGAR, DONDE EL ESTUDIO Y LAS SONRISAS ERAN LA UNICA PRIORIDAD, DONDE MIS SUEÑOS TRAZABAN MI CAMINO.

-FUTBOL.

EL PRIMER DEPORTE QUE EMPIEZO A PRACTICAR Y LA PUERTA A OTROS GUSTOS, MOMENTO EN EL QUE MI PERFIL DEPORTIVO SE FORMA Y EQUILIBRAN MI VIDA, LA PRACTICA HACE AL MAESTRO.

-COLLAGE DE RECUERDOS.

MOMENTO IMPACTANTE EN EL QUE TODO CAMBIA LLEVANDO LAS COSAS AL EXTREMO, DONDE SE MARGINAN LAS IDEAS, EL PENSAMIENTO Y SE PIERDE LA ESENCIA, CULTIVANDO TODOS LOS SUCEOS EN UN PRADO DE RABIA Y DOLOR.

-COLEGIO.

LUGAR DE FORMACION EN EL CUAL MIS ACTITUDES SE ENCUENTRAN EN TOTAL DESORDEN Y LA REBELDIA POR CAUSA DE LA FALTA DE DIALOGO SE VE A PENA VISTA, TENGO GRANDES MOMENTOS PERO EN ESE MOMENTO NO IMPORTABAN.

-LEON.

DE SER UN NIÑO CALMADO SUMISO APLICADO, ALGO SALIO MAL Y LA IRA TOMO CONTROL DEL SISTEMA, LA TERQUEZAD Y EL ORGULLO SE FORJABAN, CREYENDO QUE HACIA LO CORRECTO SIN DARSE CUENTA DE LO EQUIVOCADO QUE ESTABA.

- ESCULTURA.

MIS PRIORIDADES TOMAN UN GIRO DRÁSTICO AL IGUAL QUE MIS EMOCIONES, LAS ACCIONES SE VOLTERON INCOMPLETAS POR LA FALTA DE INTERÉS Y EL FACILISMO QUE TOMABA PARTE EN ESTE PERÍODO.

- CONFUNDIDO

DESPUES DE TANTO TIEMPO DE CONSUMO PROBLEMAS, ESTRÉS Y FALIAS ENTRO A QUESTIONARME SOBRE EL DERECHO DE LA VIDA, SI LO QUE HE HECHO ES LO CORRECTO O NO. PERO SIN PODER HACER NADA ESTABA ATRAPADO EN MIS EMOCIONES COSTOS Y CONSECUENCIAS.

- ABISMO CAIDA LIBRE

TODA ACCIÓN TIENE UNA REACCIÓN, LLEGO EL MOMENTO EN EL CUAL EL MUNDO ME CONSUMIO NO PODÍA ESCAPAR, LLEGUE TAN ABAJO QUE SOLO ME QUEDABA MIRAR PARA ARRIBA, NO LE RECOMIENDO A NADIE LLEGAR A ESTE PUNTO.

- ACTUALIDAD.

CUANDO ESTAMOS TAN MAL ES QUE BUSCAMOS AYUDA Y POR LA MISERICORDIA DE DIOS TUVE LA FUERTEZA PARA SALIR DE ESA PROBLEMÁTICA Y AHORA CON UNA NUEVA ACTITUD Y FORMA DE PENSAR VOY ENFRENTANDOME A LA VIDA PARA CONQUISTAR, LA MEDIOCRIDAD, EL FACILISMO Y LA DROGA QUEDARON ATRAS Y LLEGARE MUY AITO.

- VISIÓN CASA.

LA VIDA ME ENSEÑO A PONERME METAS PARA LUCHAR A DIARIO POR ELLAS, VOI A SOÑAR A SENTIRME COMODO CON MIGO MISMO Y ESTOY PREPARADO PARA ALCANZAR TODO LO QUE ME PROPONGA Y ESA ES UNA PEQUEÑA META QUE TENGO EN MENTE.

- CUERPO.

EL CAMBIO SE VE REFLEJADO EN MI ACTITUD PERO QUERO UN CAMBIO TOTAL, SER UN NUEVO HOMBRE, CUERPO FUERTE UN PENSAMIENTO IGUAL, NO ES POR VANIDAD, SOLO TERAPIA QUE ES EL EJERCICIO Y UN EJEMPLO DE SUPERACIÓN.

Anexo 8. Resultados del instrumento CAQ

CAQ
HOJA DE PERFIL

MASCULINO

El usuario se compromete a dar el uso adecuado, ético y responsable a la información suministrada por este usuario, previa adquisición del instrumento de evaluación ante distribuidores autorizados del mismo. Este informe constituye una herramienta para ayudar al profesional a realizar su evaluación psicológica. En ningún caso debe interpretarse como un informe final. Se debe plantear hipótesis que serán confirmadas o desechadas con información proveniente de otras fuentes de valoración.

Baremos: **ADOLESCENTE VARONES**

Esc	PD	DC	Decatipos bajos										Decatipos Altos									
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
D1	0	3	Contenido, su mente trabaja bien, no tiene temores de salud.										Preocupado por la salud, de los desarreglos y las funciones corporales.									
D2	3	5	Satisfecho de la vida y sus aspectos, goza de ella.										Insatisfecho de la vida, acoge pensamientos autodestructivos.									
D3	13	7	Evita situaciones con riesgo, poca necesidad de excitación.										Incausable, busca excitación, acepta riesgos, intenta lo nuevo.									
D4	4	3	Sosegado, con calma en emergencias confía en el entorno.										Tenso, desmañado manejando algo, perturbable sueños molestos.									
D5	4	4	Energético, muestra entusiasmo por el trabajo, sueño profundo.										Preocupado, sin energía para actuar, sentimientos de intranquilidad.									
D6	7	4	No perturbado por culpabilidad o dejar algo importante por hacer.										Autocrítico, se acusa de los errores, sentimientos de culpabilidad.									
D7	4	5	Relajado considerado y animoso con las personas.										Evita contactos interpersonales, no se halla confortable con los demás.									
Pa	14	9	Confiado, no le afectan los celos o pensamientos de envidia.										Cree que se le persigue, espía, controla o maltrata.									
Pp	17	8	Sensato, evita implicarse en algo ilegal o romper las normas.										No le ofenden las críticas, acepta lo antisocial en sí mismo o en otros.									
Sc	9	7	Evalúa con realidad a las personas, sin conductas regresivas.										Con impulsos repentinos o incontrolados se aleja de la realidad.									
As	14	7	No le molestan ideas inoportunas o hábitos compulsivos.										Le molestan ideas repetitivas, insistentes o hábitos compulsivos.									
Ps	4	4	Se considera tan apto, confiable y agradable como la mayoría.										Trinido, pierde su aplomo con pensamientos de inferioridad.									

D1: Hipococondriasis, D2: Depresión suicida, D3: Agitación, D4: Depresión ansiosa, D5: Depresión baja energía, D6: Culpabilidad resentimiento, D7: Apatía retirada, Pa: Paranoia, Pp: Desviación psicopática, Sc: Esquizofrenia, As: Psicastenia, Ps: Desajuste psicológico.

Anexo 9. Formato de auto- registro.

Auto- registro

Fecha y hora	Situación	Pensamiento	Emoción	Respuesta
10 de mayo 9:00am	Mi papá llegó a la casa y le comentó algo a mi mamá no me acuerdo, comenzaron a discutir.	Buscar una solución	Rabia y tristeza	Serio, discreto, al margen de las emociones, quería solucionar la pelea.
11 de mayo 3:30 pm	Discutí con mi mamá porque no quería darme la copia de las llaves o eso es lo que creí	Ella dice que a los 18 somos responsables y nos va a dar las llaves y voy a cumplir 20 y no me da nada	Tristeza	Explicarle porque quiero las llaves y cuál sería el funcionamiento. Fui un poco grosero y golpeé la mesa.
12 de mayo 12:00pm	Cuando Salí de trabajar para almorzar cerca de mi casa está el parque donde consumía, medio ansiedad pasar por hay	Sé que ya cambie y no voy a ser débil	Ansiedad	Alejarme del parque
12 de mayo 6:00pm	De nuevo discutí con mi mamá yo creo que ella no me tiene confianza	Siempre me va a tener desconfianza	tristeza	Le conteste de nuevo, golpeé la puerta de la habitación y me acosté a dormir

13 de mayo 8:00pm	Estaba mi hermano viendo tv conmigo yo le tiré con cojín para que cambiara el canal, mi mamá entro en ese momento y me regaño yo le explique que no quería cambiar el canal lo que hizo ella fue regañarme no fue imparcial	Mi mamá no es imparcial y siempre me echa la culpa sin yo tenerla	Rabia	Le dije a mi hermano que tan llorón y le contesté a mi mamá por no darle la razón
16 de mayo 7:00 pm	Estaba todos viendo las noticias yo quería cambiar el canal mis hermanos ni mi mamá no me dejaron	Quiero ser comprensible con ellos y pues que ellos me entiendan y yo a ellos los diferentes gustos.	Pena, rabia y tristeza	Me fui para mi cuarto les dije a ellos ¡como siempre;

Anexo 10. Lista de jerarquía (situación – emoción)

- * PLEITO DE PADRES → RABIA, TRISTEZA.
- * DISCUSIONES CON MI MAMÁ → TRISTEZA.
- * MOMENTOS INCOMODOS POR PASAR EN LUGARES DE FUMADORES. → ANSIEDAD.
- * CONFIANZA CON LA MADRE → TRISTEZA.
- * ACTITUDES IMPARCIALES → RABIA.
- * SER MÁS COMPENSIBLE → PENA, RABIA, TRISTEZA.

- 1 MOMENTOS INCOMODOS LUGARES FUMADORES
 - 2 ACTITUDES IMPARCIALES
 - 3 SER MÁS COMPENSIBLES → 40
 - 4 PLEITO DE PADRES
 - 5 ~~SER MÁS~~ DISCUSIONES CON MI MAMÁ
 - 6 CONFIANZA CON LA MADRE
- 

Anexo 11. Evaluación del cumplimiento de objetivos



Evaluación final Seguimiento psicológico	
Evaluación	Teniendo como objetivo principal, el fortalecimiento del vínculo materno-filial por medio del cambio de comportamiento, pensamiento y emociones del paciente en situaciones problema. El presente cuestionario tiene como finalidad evaluar los cambios de pensamiento y comportamiento del paciente dentro el contexto familiar y social; a partir del reporte se evaluará los logros alcanzados en la evaluación e intervención psicológica. Por favor sea lo más sincero (a) posible en el diligenciamiento de las siguientes preguntas.
1. ¿Qué fortalezas a nivel comportamental puede evidenciar usted del paciente?	Mi hijo ha tenido un cambio radical gracias al proceso psicológico ya que no pelea tanto, ni con los hermanos, ni conmigo. Se controla cuando le da ira, ya no consume droga, es mediador en los problemas familiares, comparte más tiempo con todos nosotros.
2. ¿Qué fortalezas a nivel social puede usted evidenciar del paciente?	Ya no es agresivo con los amigos, cuando practicaba deporte peleaba ahora no, dice que aplica las técnicas que aprendió en consulta, en el trabajo es ahora responsable, se levanta solo con despertador ya no se llama.
3. ¿Qué fortalezas a nivel afectivo puede usted evidenciar del paciente?	Como antes el no me demostraba afecto, ya no lo hacía, ahora me abraza, me besa y dice que me quiere, me llama más seguido al celular, también vive preocupado por los hermanos.

4. Mencione 5 cambios de comportamiento y pensamiento; en los cuales usted evidencia del paciente.

- 1: Se preocupa por el bienestar de mis hijos y el mío, ya que dice que por ser el mayor tiene esa responsabilidad.
- 2: No pelea en la casa con nadie, se controla cada vez que tiene ira.
- 3: Sigue las normas de la casa como llamar, ayudar y respetar los horarios de llegada, hace aseo
- 4: Se que ya no consume Marihuana
- 5: ahora su proyecto de vida esta Contrado como trabajar y seguir estudiando.

Fecha de Diligenciamiento: Junio 16 de 2016



Anexo 12. Historia clínica de J.E.A

Datos del paciente

Nombre: J.E.A.P

Edad: 19 años

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 96/11/20 Bucaramanga

Estrato: 3

Escolaridad: Bachiller

Ocupación: Trabaja empresa familiar, galería de pintura y pintor de obra.

Colegio: Colegio salesiano

Motivo de consulta

El paciente refiere “el concepto de familia en mi hogar ya se perdió, ya tengo otro pensamiento por mi rehabilitación; quiero ponerlo en práctica con mi familia, más que todo con mi mamá, fortalecer los lazos”

Enfatiza en el fortalecimiento de lazos familiares y en la comunicación. Afirma “no hay confianza con mi mamá eso creo que es una barrera para el proceso. También quiero continuar el proceso de rehabilitación, puesto que tengo recuerdos del pasado como la división de mis padres, un día mi mamá me echó de la casa y me tocó irme a vivir con mi papá y él no es un buen padre. Desde hoy coloco barreras con mi mamá” el paciente refiere que comenzó a consumir sustancias psicoactivas cuando comenzaron las discusiones con los padres de familia. Al presentar el hecho que refiere el paciente con la madre de familia, el cual se traslada de domicilio por problemas

familiares. El paciente afirma “cuando mi mamá me echó de la casa estaba dejando las drogas, cuando pasó eso comencé de nuevo a consumir y el doble”

Afirma “no sé cómo actuar con mi mamá por eso quiero trabajar con mi carácter cuando llega un situación negativa no sé cómo actuar mis emociones no se controlan, como por ejemplo en las discusiones con ella”.

Historia de la situación

Hace 8 años el paciente refiere “mire bien lo que pasaba en mi casa, los problemas de mis papás” el paciente afirma “por esa situación cambie el rumbo de mi vida, cambie todo a negativo, como tener amistades malas”

Hace 5 años “quería salir de lo normal, distraerme. Consulté sobre las sustancias psicoactivas como la marihuana, comencé a tener el gusto y a verlo normal consumirlo. Primero una vez al mes; llegué a punto que era diario el consumo por medio de las fiestas con alcohol, marihuana y cigarrillo”

En la familia “presentábamos al mismo tiempo problemas. Mi mamá le hizo el pare a mi papá y de ahí en adelante le tocó a ella sola, mi papá se desaparecía en ocasiones llegaba y hacia que no pasaba nada, en la actualidad no viven los dos y es mejor, cuando mis papás se separaron los lazos de familia y más que todo los de mi mama y los míos se rompieron; un día mi mamá me echó de la casa para que viviera con mi papá; en ese momento el poquito de cariño que le tenía a ella se acabó. Yo creo que ella pensaba que yo quería más a mi papá”

El 18 de noviembre refiere que la madre de familia habla con el paciente como primera solución. Buscan instituciones para el proceso de rehabilitación. El 6 de diciembre del 2015 el paciente ingresa a la institución. J.E.A refiere “El 9 de marzo del 2016 salí de la institución, aprendí mucho pero ahora, lo quiero colocar en práctica con mi familia y aun mas con mi mamá, todavía

presento peleas continuas, falta de comprensión y confianza; ella piensa que cuando voy a salir es a consumir y no va a ser así, no me cuenta de sus problemas.”

Intentos previos

Ingresar a la intuición de rehabilitación; la madre de familia refiere “cuando lo ingre en la institución pensé que haya también iban a trabajar las relaciones con las familia pero no nunca me citaron, creo que después de la institución todo se empeoro con mi hijo”

Percepción de la situación desde el paciente

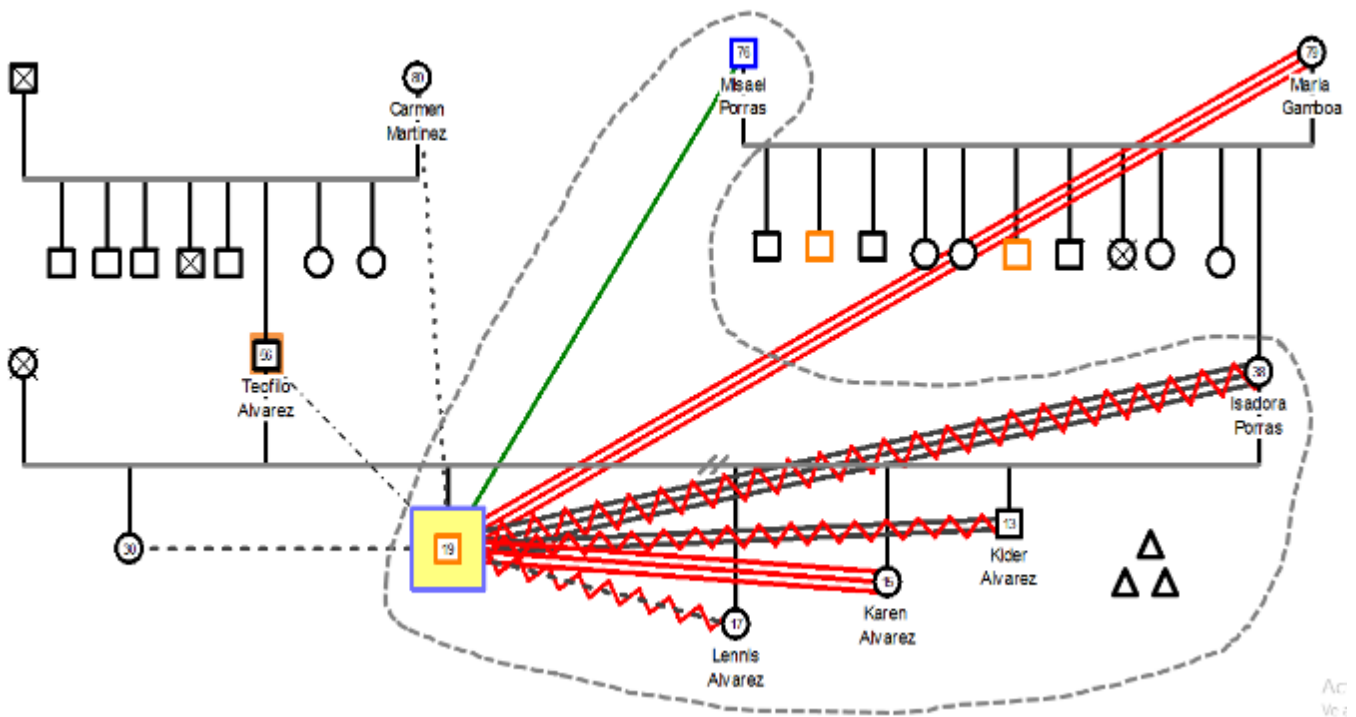
El paciente refiere respecto a las relaciones con mi mamá me parece que es un problema que tengo que cambiar para poder ser feliz y tener en casa un familia. Con las drogas es una lucha para dejar de consumir es muy complicado es fácil entrar y difícil salir pero uno es el que decide si quiere volver, ahora quiero fortalecer los lazos con mi familia ya que dentro de la institución no se realizó”

Redes de apoyo del paciente

Presentan red de apoyo familia, personal “Dios”

En la actualidad asiste al gimnasio, academia de pintura, trabaja con la madre de familia en la empresa.

Familiograma



Observaciones del familiograma

En el familiograma del paciente J.E.A se observa relación conflictiva con la figura materna, hermana mayor de 17 años y hermano menor de 13 años, relación estrecha con la abuela materna y hermana de 15 años. Con la figura paterna se indaga relación distante, refiere “a mi papá poco lo veo solo sé que él está bien” de igual forma el paciente afirma que el padre de familia es alcohólico, tíos maternos consumidores de sustancias psicoactivas.

Área personal

El paciente describe “soy una persona activa con diferentes pensamientos desde que Salí de la institución; en la actualidad me interesa pintar, mi familia y salir de deudas como la tarjeta militar” afirma “no entiendo mis emociones no sé cómo explicarlas y cómo reaccionar en algunas ocasiones soy muy impulsivo en algunas ocasiones agresivo ” se caracteriza, “ soy amable con facilidad para hablar con personas desconocidas cuando me relaciono con las personas en algunas

ocasiones me incomoda que me impongan cosas; como en la casa, mi mamá dice que no sigo normas, eso me da rabia y ahí es donde no sé cómo controlarme”

Historia académica

El paciente refiere que estudio primaria y bachillerado en la misma institución colegio salesiano, con buena adaptación “en ocasiones no tenía interés en algunas materias como religión puesto que no es de importancia para mi” en el grado 9 bachillerato refiere presentar problemas de comportamiento “ en el colegio vendía cuchillos para tener plata; un día me escape del colegio para comprarlos; los profesores se dieron cuenta, sé que ellos yo le caía mal y por eso le contaron a la rectora casi me expulsan pero no” el paciente desde 9 a 11 bachillerato se le dificultan seguía normas de la institución académica; razón por la cual presentaba problemas comportamentales; Afirma presentar buena relación con compañeros.

Área social

Presenta redes de apoyo familiar no establece buena comunicación con la figura materna. Afirma “hablo con mi papá pero solo para saber que el este bien, mis hermanos me dan igual”. En la actualidad refiere que está trabajando en galería de pintura y establecer muy buena relación con el dueño del lugar.

Antecedentes personales

Desde los 10 años presenta migraña, hace 5 años consumía marihuana, el 6 de diciembre del 2015 dejo de consumir al ingresar a la institución de rehabilitación.

Relaciones de pareja

El paciente afirma presentar 4 relaciones de pareja refiere “no me acuerdo bien de las 3 primeras, siempre tengo malas relaciones de pareja nunca tengo buenos resultados; la última sería la única que destacó, me dispuse a proyectarme con ella, me terminaron por estar consumiendo

drogas eso creo” señala que presenta constantes problemáticas con sus pares razón por la cual no le gusta mantener estable una relación de parejas.

Hipótesis diagnóstica

Evaluación multiaxial

Eje I. Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje II. F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado [301.9]

Eje III. No aplica

Eje IV.

Exposición frecuente a lugares donde se practican hábitos de consumo.

Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Problemas laborales.

Problemas económicos.

Eje V.

EEAG = 60 (Inicial)

EEAG = 80 (Actual)

Plan de Intervención:

- Apertura de historia clínica; en el cual se abordara los datos importantes del paciente y motivo de consultas; a su vez se firmara el formato de consentimiento informado.
- Evaluación cognitivo conductual
- Aplicación de instrumentos psicológicos, los cuales evaluarán los aspectos importantes para orientar el caso clínico
- Analizar los resultados de evaluación
- Realizar plan de intervención por medio de la utilización de técnicas y actividades del enfoque cognitivo conductual
- Intervención clínica
- Evaluación de logros y objetivos alcanzados junto con el paciente para poder así, realizar el cierre del proceso.
- Seguimiento del Caso.