

**SISTEMATIZACIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UN CASO ÚNICO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE  
ESTIMULANTES (COCAÍNA) DE LA FUNDACIÓN TERAPÉUTICA LA PILOTO-  
FTLP**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO ESPECIALISTA  
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**LUIS ALEJANDRO CABALLERO MORENO**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**BUCARAMANGA**

**2016**

**SISTEMATIZACIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UN CASO ÚNICO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE  
ESTIMULANTES (COCAÍNA) DE LA FUNDACIÓN TERAPÉUTICA LA PILOTO-  
FTLP**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO  
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
LUIS ALEJANDRO CABALLERO MORENO**

**ASESORA**

**PhD. ARA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**BUCARAMANGA**

**2016**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
Descripción de la institución.....	12
Misión.....	12
Visión.....	13
Recursos físicos.....	13
<b>OBJETIVO DE LA PRÁCTICA</b> .....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
<b>METODOLOGÍA</b> .....	14
<b>RESULTADOS</b> .....	23
<b>DISCUSIÓN</b> .....	34
<b>REFERENCIAS</b> .....	38
<b>ANEXOS</b> .....	41

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** SISTEMATIZACIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO ÚNICO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ESTIMULANTES (COCAÍNA) DE LA FUNDACIÓN TERAPÉUTICA LA PILOTO-FTLP

**AUTOR(ES):** LUIS ALEJANDRO CABALLERO MORENO

**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** PhD. ARA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA

### RESUMEN

El objetivo de la presente monografía es sistematizar la evaluación y la intervención psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual en un paciente de la Fundación Terapéutica la Piloto, el cual se encontraba realizando un proceso de rehabilitación en sustancias psicoactivas y alteraciones del comportamiento, en donde la observación, la entrevista semi-estructurada y la aplicación del Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) y la Escala de Habilidades Sociales (EHS), lograron corroborar un trastorno por consumo de estimulantes, 304.20 (F14.20) cocaína, además de la identificación de características de personalidad y deficiencias en la parte del control de impulsos, dificultades a la hora de comportarse funcionalmente con sus familiares, ideas de fondo depresivas y posibles conflictos con su identidad, así como también deficiencias en su interacción social. Por tal motivo se plantea una intervención cognitivo-conductual cuya duración fue de 13 sesiones cuyos objetivos fueron, disminuir la actividad fisiológica elevada ante las situaciones estresantes, dar cierre a un posible conflicto de identidad, disminuir el pensamiento disfuncional relacionado con las ideas de fondo depresivas y potencializar las expresiones de amor, agrado y afecto del paciente con el grupo familiar primario por medio del psicodrama. Dentro de los resultados obtenidos se puede afirmar que el paciente logró disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, reflejando nuevos patrones conductuales adaptativos en relación con sus interacciones con el ambiente familiar, mejorando así las manifestaciones de afecto, disminuyendo su impulsividad y reflejando la disminución de los pensamientos disfuncionales.

### PALABRAS CLAVES:

Sustancias psicoactivas, Enfoque cognitivo-conductual, consumo de estimulantes, Habilidades sociales

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

## GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

**TITLE:** PSYCHOLOGICAL SYSTEMATIZATION FROM THE COGNITIVE – BEHAVIORAL APPROACH IN A SINGLE CASE OF STIMULANT USE DISORDER (COCAINE) AT LA PILOTO THERAPEUTICAL FOUNDATION -FTLP

**AUTHOR(S):** LUIS ALEJANDRO CABALLERO MORENO

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** PhD. ARA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA

### ABSTRACT

The purpose of this study is the systematization of psychological evaluation and intervention based on a cognitive – behavioral approach in a patient at La Piloto Therapeutic Foundation who was undergoing a rehabilitation process after using psychoactive substances and showing behavior alterations. Observation, the application of a semi-structured interview, the Minnesota – 2 Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) and the Social Skill Rating System confirmed the presence of a disorder due to the use of stimulants 304.20 (F14.20) cocaine. Besides personality characteristics and deficiency in the relation to the family, the patient showed depressive ideas and possible conflicts of identity as well as social interaction deficiencies. Therefore, a 13 – session cognitive – behavioral intervention is planned in order to decrease the high physiological activity when confronting stressful situations, bring a closure to a possible identity conflict, and decrease dysfunctional thoughts related to depressive ideas while strengthening the expressions of love, liking, and affection in the patient toward the primary family group with the use of psychodrama. As a result, the patient managed to decrease the use of psychoactive substances, showing new adapting behavioral patterns toward the family by increasing the signs of affection, decreasing impulsivity which, in turn, is reflected in the decrease of dysfunctional thoughts.

### KEYWORDS:

Psychoactive substances, Cognitive – behavioral approach, Stimulant disorder, social skills

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

## INTRODUCCION

La Fundación Terapéutica La Piloto (FTLA) es una institución prestadora de servicios en el área de la salud mental, que tiene como propósito responder a la comunidad Santandereana en la atención a los problemas de comportamiento y conducta relacionados al consumo excesivo de sustancias psicoactivas (SPA).

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

Pero antes de entrar a desglosar el tema de la adicción a sustancias y posibles tratamientos psicológicos enfocados a reducir el consumo, es importante mencionar que según la Organización Mundial de la Salud (1994) una droga es toda aquella sustancia introducida al organismo capaz de modificar el funcionamiento de los tejidos; esta definición es muy global abarcando fármacos de prescripción, sustancias psicoactivas, plantas medicinales, entre otras sustancias.

En el mismo sentido autores como Rodríguez (1995) mencionan que las SPA son fármacos, no medicados o sustancias cuyo consumo afecta el sistema nervioso central, y que unidos a situaciones de alto riesgo o marginalidad social, producen en el consumidor efectos lesivos para la salud, el comportamiento y la convivencia social. Al igual que Escallon y Pérez (1998), las sustancias ejercen su acción sobre el sistema nervioso central y tienen la capacidad de producir transformaciones, bien sea aumentando o disminuyendo su nivel de funcionamiento o modificando los estados de conciencia.

Villareal, Salvador, González, Calume y Gutiérrez (2006) las definen como aquellas sustancias que al ser ingeridas, inyectadas o fumadas por las personas alteran el funcionamiento del sistema nervio central, modificando la forma de ver, sentir y actuar de los sujetos que la consumen, en ese aspecto Izquierdo (2010) menciona que existen infinidad de definiciones entorno al significado de SPA o “droga”, definiéndolas a menudo como sustancias gravemente tóxicas que producen hábito o dependencia.

Según lo dicho, Jaramillo (2007) menciona que como droga se entienden todas las sustancias capaces de provocar dependencia física y psíquica, incluyendo el alcohol y la nicotina que no obstante su permisión o legalización actúan sobre el sistema nervioso central (cerebro y medula espinal), introduciendo cambios en la conciencia y estado del ánimo.

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

1. Drogas depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC): Analgésicos narcóticos (codeína, morfina, heroína, metadona, entre otras), hipnóticos y sedantes (barbitúricos, benzodiacepinas, etc.), alcohol, disolventes volátiles (colas plásticas, etc.)
2. Drogas estimulantes del SNC: Anfetamina, Cocaína y derivados (por ejemplo, crack), drogas de diseño (por ejemplo, éxtasis, MDMA).
3. Perturbadoras del SNC: Alucinógenos (sintéticos como el LSD o derivados naturales como la mescalina, peyote), derivados del cannabis (marihuana, hachís).

Reconociendo las definiciones y posibles clasificaciones de las SPA es de vital importancia reconocer ¿qué tanto impacto genera en una persona el consumir sustancias psicoactivas?. El uso indebido de sustancias psicoactivas no es un problema nuevo y afecta tanto a países desarrollados como a aquellos en vía de desarrollo, generando graves problemas en materia de salud pública para la población en general (Camacho, 2008), por esto la Organización Mundial de la Salud (2004) divide los efectos causados por el consumo de SPA en tres categorías:

En primer lugar, efectos crónicos en la salud tales como la cirrosis por el consumo excesivo de alcohol, cáncer a raíz del consumo de cigarrillo o el contagio del VIH por el uso de agujas compartidas. En según lugar, efectos a corto plazo sobre la salud biológica como lo es las sobredosis, las muertes causadas por conducir bajo efectos del alcohol u otras drogas y los suicidios. Por último, dentro de los efectos sociales generados por el consumo excesivo se encuentran rupturas súbitas de relaciones significativas y el incumplimiento de las obligaciones laborales y familiares.

Para Jaramillo (2007), el empleo prolongado de una droga, da lugar a una progresiva habituación del organismo, de modo que las dosis necesarias para obtener el efecto deseado deben ser aumentadas continuamente. Incluso Izquierdo (2010) menciona que las drogas crean adicción, atacan al cerebro (centro de las funciones vitales), hacen que el organismo desarrolle tolerancia, muchas crean una alta dependencia física y prácticamente todas las drogas crean dependencia psicológica.

Por otro lado una vez se inicia el consumo de SPA y este se haya mantenido a través del tiempo, existe la probabilidad de que el sujeto genere adicción o dependencia a la sustancia, tal y como lo menciona Dolácio (2009) que “el resultado es la adicción, la marginación y, muchas veces, la muerte (p.7)”. Es allí donde resulta importante tener claridad frente a lo que es la dependencia a una sustancia y su diferencia con el abuso de sustancias, pues en muchas ocasiones se tienden a confundir ambos términos. Por dependencia se entienden todas aquellas manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas generadas a raíz del consumo repetitivo de una sustancia que incluyen el deseo intenso de consumirla y el aumento a la tolerancia de dicha sustancia; mientras que en el abuso se denomina el acto en el cual se hace uso de la drogas sin receta y prescripción médica y el uso de sustancias para satisfacer necesidades físicas y psíquicas, las cuales son perjudiciales para el individuo (Vega, Romero, Botero & Peláez, 1984). Vega, Romero, Botero y Peláez (1984) mencionan que es posible encontrarse con dos clases de dependencia, una física (adaptación fisiológica del organismo a la presencia de una droga) y otra psicológica (deseo de ingerir de manera periódica y continua una droga para procurarse placer o evadir de la realidad, la cual puede presentarse independientemente de la dependencia física).

Por su parte Escallón y Pérez (1998), definen el abuso de SPA como el uso crónico, compulsivo e incontrolable a una sustancia, Pierce (2003), menciona que es una conducta que un individuo no puede cambiar por sí mismo y del mismo modo es entendida como un síntoma de una enfermedad emocional plurifactorial.

Una vez se hayan generado características significativas en relación al abuso de sustancias psicoactivas, se encuentra que en el DSM-5 (2013) se han desarrollado criterios diagnósticos para determinar cuándo existe dependencia a una sustancia; en primer lugar existen diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos,

sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias. El diagnóstico de un trastorno por consumo de estimulantes está conformado por 3 categorías diagnósticas dentro de las cuales se mencionan la manifestación de al menos dos de los hechos mencionados dentro de la categoría A, durante un periodo de tiempo de 12 meses. Así mismo, se menciona la especificación de la gravedad actual de los síntomas por medio de tres categorías (leve, moderado y grave).

Mack, Franlin y Frances (2003) afirman que la adicción como enfermedad permite hablar de la falta de estabilidad del adicto, de ausencia de buena salud, de malestar, de desvío de la norma, de componentes biológicos que predisponen a la adicción o de respuesta al tratamiento. Es así como desde una perspectiva funcional, el consumo de sustancias es un hábito sobreaprendido que puede ser modificado como cualquier hábito comportamental resultante de la interacción de múltiples factores que van desde lo biológico, pasando por las motivaciones personales, el contexto hasta las consecuencias fisiológicas y sociales derivadas de la auto administración de la sustancia, donde las drogas cumplen un papel como reforzador positivo o negativo (Secades & Fernández, 2001).

A partir de lo anteriormente expuesto, es posible evidenciar que una persona inmersa en el consumo de SPA presentará desorganización a nivel familiar, social y personal; de allí la importancia de la Psicología en el desarrollo de programas de tratamiento eficaces que permitan dar una comprensión más amplia del problema y disminuir así dicha problemática, por ejemplo Colombia es un país afectado fuertemente por el consumo de drogas debido a que es un país productor y traficante de muchas sustancias psicoactivas, lo que se convierte en un factor de riesgo que sumado a la desigualdad social y a la falta de oportunidades para progresar terminan siendo un detonante para posibles adicciones (Medina & Carvalho, 2010). Un informe de investigación desarrollado por Hernández (2015) para el Foro Nacional de Drogas, reveló que cerca de 2,6 millones de personas cuyas edades oscilaban entre los 12 y 65 años de edad presentan consumos problemáticos de alcohol; de los cuales cerca del 10% de ellos revelaban comportamientos indicativos de dependencia a la sustancia afectando su etapa productiva.

Por otro lado existen diversas técnicas e instrumentos psicoterapéuticos enfocados al tratamiento de la adicción en una persona. En primer lugar las intervenciones en farmacodependientes son definidas como aquellos procesos de prevención activos y de doble vía,

en el que participan activamente tanto quienes ejecutan las acciones preventivas, como la población objeto de dichas acciones (Pérez, 2000), de igual manera el autor menciona siete características a trabajar dentro de la intervención, las cuales son: el conocimiento, el autoestima y los sentimientos, las habilidades de rechazo, las habilidades genéricas (comunicativas, compromiso, sistemas de apoyo), habilidades de seguridad (autoprotección), las actividades extracurriculares, ayuda y consejería entre compañeros.

Del mismo modo Schreck, Milanese y Muller (2002), definen esta intervención como aquel programa destinado a estimular las competencias vitales, como del reconocimiento de conflictos y la búsqueda de compromisos, así como también, de competencias específicas tales como el poder decir no a ofertas de drogas o estar dispuesto a estructurar un estilo de vida alternativo al consumo de sustancias.

Por otro lado el proceso de intervención en farmacodependencia es definido por Villareal, Salvador, González, Calume y Gutiérrez (2006), como un proceso complejo, en donde existe un conjunto de estrategias y actividades encaminadas a disminuir la vulnerabilidad y fortalecer la capacidad del individuo, grupos y comunidades, para afrontar el consumo de SPA y sus problemáticas asociadas. De tal modo los autores mencionan algunas herramientas dentro de los programas de intervención en farmacodependientes, las cuales son: el proceso de información (conocimientos sobre las sustancias), toma de decisiones (se enseña y se orienta para el proceso de toma de decisiones), compromiso (se brindan herramientas para adoptar un compromiso personal de no usar drogas), manejo del estrés, clarificación de valores, autoestima, entrenamientos en habilidades de resistencia y entrenamiento en habilidades para la vida.

Por su parte Cheburúa, Corral y Salaberría (2010), afirman que dentro de una intervención psicológica los fármacos pueden actuar sobre la reducción de síntomas y los tratamientos psicológicos, sobre el aumento de competencias. Se trata, en último término, de aprovechar, por un lado, la potencialidad terapéutica de los psicofármacos a corto plazo para conseguir cambios de conducta rápidos, motivar al paciente al tratamiento y ponerle en disposición conductual y cognitiva de asumir las tareas propuestas por la terapia psicológica; por otro, de hacer desaparecer paulatinamente los fármacos y de integrar el tratamiento psicológico.

Aunque son innumerables las técnicas e intervenciones existentes para el tratamiento de las adicciones, no todas las técnicas cuentan con evidencia empírica que permitan validar resultados eficaces a corto y largo plazo. Diversos estudios (Sánchez-Hervás & Gradoli, 2001; Secades & Fernández, 2001; Sánchez-Hervás, 2004) señalan que las principales técnicas con validez empírica de su eficacia son las de enfoque cognitivo- conductual (prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de contingencias, entrenamiento en conductas incompatibles), aunque existen otras técnicas con igual validez como lo son la terapia familiar multidimensional, la terapia multisistémica y el modelo transteórico de cambio. En la tabla No. 1 se puede apreciar el resumen planteado por Verdugo, De las Heras, Rodríguez, Gil, De la Cuesta, Maganto,...Soler, (2012) de las principales terapias usadas en el tratamiento de las adicciones.

**Tabla 1.**

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

<b>TERAPIAS</b>	<b>COMPONENTES Y ESTRATEGIAS</b>
Conductuales y Cognitivo Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento</li> <li>• Manejo de contingencias</li> <li>• Exposición a señales</li> <li>• Prevención de recaídas</li> <li>• Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones</li> <li>• Reestructuración cognitiva</li> <li>• Detección del pensamiento</li> </ul>

Según Pedrero, et al.(2008) el enfoque cognitivo-conductual es el más comprensivo a la hora de tratar los problemas derivados del uso de sustancias, el cual consiste básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. Los mismos autores mencionan algunas características generales de las terapias, las cuales son: centrarse en el abordaje de los problemas actuales, establecer metas realistas y

consensuadas con el paciente, buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes, utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

Por su parte Salazar (2009) menciona que las intervenciones cognitivo-conductuales son las de elección, dado que se ha comprobado que son superiores a los otros métodos psicoterapéuticos y menciona que la técnica a utilizar dentro de ésta, es la detención del pensamiento, la cual consiste en atacar directamente el craving o deseo de abandonar la abstinencia., así mismo, Sánchez- Hervás, Gradolí y Morales en el 2004 realizaron una investigación dirigida a indagar sobre los modelos y propuestas más interesantes en el ámbito del tratamiento de las conductas adictivas, con el fin de identificar sus principales fortalezas y limitaciones y a partir de ello plantear lo que ellos llamaron un “modelo integrado de intervención”. El objetivo de dicho modelo es poder hacer una evaluación real de las necesidades y los procesos de cambio del paciente, para que de esta forma se pueda decidir las técnicas más adecuadas a utilizar que permitan obtener resultados perdurables en el tiempo.

A la hora de tratar un paciente con adicción, Sánchez- Hervás & Gradoli (2001) mencionan algunos elementos importantes a tener en cuenta por parte del profesional de la salud en sus intervenciones; todas las personas son diferentes y por lo tanto el abordaje que se debe hacer con cada uno es distinto, además, si se quiere lograr efectividad en el tratamiento es necesario abarcar las múltiples necesidades del mismo, por ejemplo la medicación según refieren los autores es un elemento importante en el tratamiento de muchos farmacodependientes.

Cabe aclarar que para Pérez (2000) no existe un modelo único adecuado para hacer prevención del consumo de drogas, éste dice que se debe tener en cuenta el tipo de población, el contexto socioeconómico en el que se desenvuelve, la edad de las personas a las que se pretende llegar, sus carencias, sus necesidades y sus potenciales.

## **DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

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

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

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

El ejercicio de la práctica profesional cuenta con el convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana desde la Coordinación de la Especialización en Psicología Clínica, que permite tanto a la fundación como a la Universidad consolidar la proyección social y a los practicantes desarrollar habilidades y experticia en este tipo de contexto.

### **Misión**

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

## **Visión**

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

## **Recursos Físicos**

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

## **OBJETIVO DE LA PRÁCTICA**

A partir de la labor del psicólogo clínico en modalidad de practicante y por medio de las necesidades del contexto institucional, la propuesta que surge es la de llevar a cabo un proceso de evaluación e intervención psicoterapéutica, desde el modelo cognitivo conductual en un paciente que presenta dificultades con el consumo de sustancias psicoactivas, el cual se encontraba desarrollando un proceso de rehabilitación en sustancias y alteraciones del comportamiento en la Fundación Terapéutica la Piloto.

### **Objetivo General**

Implementar un plan de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual en un paciente con trastorno por consumo de estimulantes (cocaína) de la fundación terapéutica la piloto-ftlp con el fin de disminuir el consumo de dichas sustancias.

### **Objetivos específicos**

Identificar características propias de personalidad y de interacción con el entorno por medio de la aplicación de las baterías psicológicas, Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) y la Escala de Habilidades Sociales de Gismero (EHS)

Formular un plan de intervención desde el modelo cognitivo-conductual con el propósito de disminuir el consumo excesivo de sustancias psicoactivas.

Llevar a cabo un proceso de observación al paciente dentro de un ambiente controlado o un programa de rehabilitación.

## **METODOLOGÍA**

### **Método**

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

### **Participantes**

#### **FORMULACIÓN DE CASO**

##### **Datos de identificación del paciente**

**Nombre:** HMGT

**Edad:** 33

**Escolaridad:** Bachiller

**Estado civil:** Soltero

**Profesión:** Independiente

**Tipología familiar:** Familia con padres separados

**Inicio del tratamiento:** 21 de abril de 2015

**Finalización del tratamiento:** 16 de Septiembre de 2015

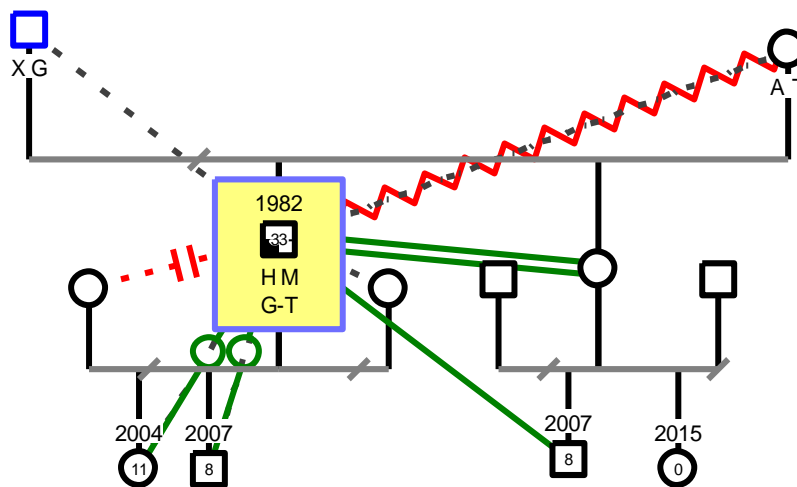
**Numero de sesiones:** 12

**Lugar de práctica:** Fundación terapéutica la piloto

**Estudiante:** Luis Alejandro Caballero Moreno

**Especialización en psicología clínica.**

### Genograma



Por medio de esta imagen se puede identificar que el paciente presenta relaciones conflictivas y distantes con la figura materna, del mismo modo con el padre se genera una relación distante. En el sentido contrario las relaciones filiales son cercanas al igual que con los hijos del sujeto identificado (2). De igual manera se identifica que el paciente está en recuperación por adicciones y actualmente no presenta una relación sentimental estable.

### Motivo de consulta

Paciente que ingresa por sus propios medios a un proceso internación bajo la modalidad de rehabilitación de sustancias, cuya duración fue de 7 meses aproximadamente, su impresión diagnóstica desde el área de psiquiatría es Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína: síndrome de dependencia (F.142), “Quiero dejar el consumo”.

## **Expectativas del paciente**

El paciente manifiesta “quiero subsanar todas las cosas y en este espacio creo que lo lograré”, por tal motivo se percibe colaborador, atento, euproséxico y dispuesto en cada petición hecha por el estudiante en práctica.

## **Descripción del paciente**

HMGT es un paciente de 33 años, de género masculino que actualmente vive con su madre y hermana menor, además de sus dos sobrinos. Los padres de HMGT están separados desde hace 17 años aproximadamente, el padre inició una nueva relación sentimental fuera de la ciudad, en donde ejerce labores de campo. La madre del paciente es coordinadora de operaciones de servicios de seguridad y en este momento es la benefactora de subsistir los procesos básicos de los hijos. La hermana menor se encuentra en este momento ejerciendo una dieta de lactancia ya que en días anteriores dio a luz un nuevo miembro a la familia. El paciente tiene dos hijos los cuales viven su antepenúltima relación sentimental, ya que fue rechazado y abandonado a raíz de sus alteraciones comportamentales y de dependencia al consumo. Asimismo la última relación sentimental generó los mismos patrones conductuales de la anterior pareja.

HMGT finalizó un proceso de rehabilitación de sustancias y alteraciones del comportamiento el día 23 de septiembre del presente año, cuya duración fue de 7 meses. Es importante mencionar que el paciente ingresa a este programa de forma voluntaria, ya que el mismo afirma “necesito un cambio y la indigencia no es buena para nadie”.

## **Síntomas iniciales**

- Aumento del apetito
- Inquietud
- Deseos de comer en abundancia
- Falta de energía y desinterés por hacer las cosas
- Afecto modulado de fondo depresivo
- Ansiedad
- Sin alteraciones sensoriales

## **Examen mental**

- Paciente que ingresa por sus propios medios al consultorio, orientado en sus tres esferas, sin alteraciones sensoriales, atento, alerta y sin alteraciones en la memoria.
- Durante el proceso de rehabilitación su afecto fue en ocasiones conservado de fondo depresivo y en otras ocasiones fue modulado y feliz.
- Al momento de ingresar al programa, el paciente tiene una apariencia física deteriorada, llega en condiciones declinables y con mala presentación personal.
- El pensamiento es fluido y acorde con su edad y las experiencias vividas.

## **Antecedentes en salud física y mental**

### **Antecedentes médicos**

El paciente no reporta antecedentes médicos significativos, pero cabe aclarar que los años en el consumo son significativos y probablemente su aparato respiratorio tenga alguna deficiencia o afectación.

### **Antecedentes psicológicos**

Se encontró que durante los años de infancia y convivencia familiar de tipología nuclear, tal y como lo refiere el paciente fueron “los mejores momentos” en el que se desarrollaron la dinámica relacional. En la adolescencia se generaron situaciones significativas para HMGT y su contexto familiar. Una de ellas es la separación de los padres, cuyo resultado derivó en tres situaciones significativas para el paciente, la primera de ellas fue el consumo excesivo de sustancias psicoactivas, la segunda fue el rechazo de la figura materna y finalmente la replicación de patrones conductuales repetitivos en relacional a conductas emitidas por el padre.

### **Antecedentes psiquiátricos**

No se encontró ningún antecedente en relación con asistencia psiquiátrica durante el desarrollo evolutivo del paciente, a diferencia del proceso de rehabilitación en la Fundación la Piloto, en donde se resume su diagnóstico a F142. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína: síndrome de dependencia, cuyo tratamiento fue controlado por Levomepromazina por 25mg 1 tableta en la noche y Carbamazepina . La última valoración desde

esta especialidad concluye que el paciente cuenta con madurez y capacidad de tolerancia a la frustración.

### **Datos importantes de su historia de vida**

Durante el desarrollo de la infancia del paciente, es de vital importancia reconocer que fueron tiempos positivos y de bienestar para el contexto familiar, en donde se establece una alianza positiva entre el padre y el hijo. Dentro de algunas características de esta etapa familiar cabe destacar que era una familia nuclear, en donde las situaciones laborales impedían el aprovechamiento del tiempo entre padres e hijos, a pesar de ellos el paciente manifiesta “cuando estaban compartíamos buenos momentos”. De igual manera la llegada de la segunda hija no significa una situación problema o que implicara una malformación de la situación por parte del paciente “yo a mi hermanita la quería mucho”.

En la adolescencia la relación de pareja comienza a distorsionarse y a generar malestar a raíz de las “situaciones económicas”, es allí donde los padres deciden separarse, causando intencionalmente un rechazo por parte del hijo del mayor hacia la madre. Del mismo modo es en esta etapa de la adolescencia en donde HMGTT inicia el consumo de sustancias psicoactivas, generando dificultades a la hora de terminar su bachillerato. En la etapa de la adultez joven el paciente genera una dependencia al consumo haciendo evidente un problema de adicción a la sustancia, originando un deterioro físico y relacional significativo, llevando al paciente a la indigencia.

Durante los procesos de evaluación e intervención realizados en el tratamiento de rehabilitación se logró identificar que el paciente presentaba características de una persona autoconfiada, independiente y crítica, la cual presenta problemas de sociabilidad, mal ajuste emocional y de control de impulsos. Ocasionalmente es conformista e introvertido, además presenta posibles características de depresión moderada, falta de energía y sentimientos de inseguridad, dificultades de sueño, disfórico, además de presentar conflictos sobre la identidad sexual, dependencia oral, inmadurez psicosexual, presenta una demanda de atención y aprobación, por último es una persona empática.

Las relaciones con sus padres son distantes, a pesar de ello en el presente quisiera convivir con su figura paterna.

## **Problemas que le afectan**

- Separación de los padres
- Rechazo a la figura materna
- Patrones conductuales repetitivos en función de pautas comportamentales transmitidas por el padre
- Déficit en el rechazo de peticiones
- Estado de ánimo conservado de fondo depresivo
- Debilidades en las pautas relacionales con el género femenino

## **Eventos significativos traumáticos**

### **Niñez**

- Ausencia de las figuras de autoridad y paternas.

### **Adolescencia**

- Separación de los padres
- Discusiones de pareja

Incidencia en el consumo

## **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA**

El paciente presenta características de comportamiento disruptivas en cuestión al consumo excesivo de sustancias psicoactivas, generando alteraciones del comportamiento y del pensamiento, asimismo cumple con los criterios diagnósticos de un trastorno por consumo de estimulantes, 304.20 (F14.20) cocaína.

Eje 1: Trastorno por consumo de estimulantes, 304.20 (F14.20) cocaína.

Eje 2: Trastorno de la personalidad no especificado 301.9 (F60.9)

Eje 3: no aplica

Eje 4: dificultades propias del ambiente social, la vulnerabilidad ante el área sociocultural, la separación de los padres, el déficit en estilos de crianza, los antecedentes en el consumo de SPA por parte de su padre, la inestabilidad emocional y económica por parte de los padres.

Eje 5: EEAG 60

## **Instrumentos**

### **Formato de consentimiento informado**

Por medio de este formato cada sujeto presentará por escrito una constancia de su participación voluntaria la posibilidad de retirarse si él lo desea en cualquier momento durante cada proceso evaluativo, además de las características propias del proceso de intervención. En función de esto Hernández & Sánchez (2015) refieren concebir a las personas a partir del concepto de la dignidad humana del Artículo 1º de la Constitución Política de Colombia de 1991, en donde impide su cosificación, el ser objeto de cualquier tipo de intervención, incluso psicológica, sin su consentimiento, además según la Ley 1090 de 2006, el psicólogo no podrá practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente. Del modo el consentimiento informado tiene una fundamentación ético-moral y axiológica, cuyo propósito es sentar las bases de unos principios que orienten la relación de los psicólogos en su ejercicio profesional con los diferentes usuarios de sus servicios (Ver Anexo 1)

### **Formato de historia clínica**

En primer lugar la historia clínica es uno de los elementos de vital importancia para cualquier proceso de intervención, este formato es definido Guzmán y Arias (2012) como una forma de registro del acto médico, cuyas características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. Del mismo modo en ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Además, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado. Por otro lado este formato es utilizado como herramienta para evaluar criterios en la valoración de cada sujeto en la evaluación. El formato de

historia clínica es facilitado por la institución donde permite un abordaje del paciente en la detección de la impresión diagnóstica y las afectaciones significativas del estado mental del sujeto (Ver Anexo 2).

### **Protocolo de entrevista individual**

El presente instrumento intenta recopilar la mayor cantidad de información desde la opinión personal del consultante, con el fin de identificar datos relevantes que ayuden en la exploración inicial del mismo (Ver Anexo 3).

### **Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)**

Autores: S.R. Hathaway y J.C.McKinley (1940, original)

Adaptación española: A. Ávila y F. Jiménez, 1999

Duración: es variable aproximadamente entre 60 a 90 minutos

Editorial: TEA ediciones, S.A.

El Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI- 2) está compuesto por 567 ítems, de opción dicotómica de respuesta “verdadero” o “falso”. El evaluado debe indicar una única opción de respuesta, de acuerdo al grado en que considere que cada afirmación se aplica o no a sí mismo. Para indicarlo debe “rellenar el círculo” que acompaña a la opción de respuesta (ver anexo). El inventario nos permite indagar las características básicas de la personalidad, a través de una serie de escalas, básicas (compuesta por las escalas de validez y clínicas) y adicionales (escalas de contenido, suplementaria y adicional). Los ítems que conforman las escalas básicas los encontraremos hasta el número 370, evaluando los restantes, las escalas adicionales. Las escalas clínicas indagan, en el caso que existiese, la presencia de sintomatología psicopatológica, características de personalidad como introversión/extroversión y preferencias e intereses que están asociados al género del evaluado. Las escalas de validez le permiten al evaluador conocer el grado de “credibilidad del protocolo” y la presencia de sesgos en las respuestas. Entendemos por “sesgo”, si el evaluado ha contestado los ítems con cierta tendencia a mostrar una buena imagen de sí mismo o exagerando sus síntomas. Además nos permite ver, si el evaluado ha contestado los mismos en forma honesta, prestando atención al contenido. Las escalas

adicionales nos permiten ampliar la información obtenida por medio de las escalas (Ver Anexo 4).

### **Test de la Figura humana (DHS)**

Autor: Karen Machover (1976)

Aplicación: 12 años en adelante

Duración: 10-12 minutos

Cabe aclarar que el Test de la Figura humana (DHS) tuvo un primitivo en esta intervención, así como también sirvió para dar una orientación y direccionamiento al proceso que se iba a abordar, cabe destacar que este instrumento no se utilizó para generar procesos de evaluación a pesar de que Sánchez y Pírela (2012) refieren que esta es una técnica proyectiva de evaluación de la personalidad y rasgos emocionales-sociales, que implica la producción de un dibujo por parte del evaluado, el cual es analizado en base a su contenido o a las características del dibujo (Ver Anexo 5)

### **Escala de Habilidades Sociales (EHS)**

Autor: Elena Gismero Gonzáles (2000)

Duración: 15 Minutos aproximadamente

Editorial: TEA ediciones, S.A. (Madrid)

Este cuestionario está compuesto por 33 ítems, explora la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas y valora hasta qué punto las habilidades sociales modulan estas actitudes. Del mismo modo el evaluador puede disponer de un índice Global del nivel de habilidades sociales o aserción de los sujetos analizados y además detectar, de forma individualizada, cuáles son sus áreas más problemáticas a la hora de tener que comportarse de manera asertiva. Para ello, el evaluador dispone de puntuaciones en 6 factores o 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 (Ver Anexo 6)

### **Preventivo de recaídas**

Este fue un instrumento diseñado por el practicante con el propósito de reconocer las variables de alto riesgo que el paciente puede llegar a experimentar en su diario vivir, asimismo le da al paciente una ventaja favorable a la hora de experimentar estas situaciones. (Ver Anexo 8)

### **Consideraciones éticas**

La realización de este proceso de intervención estuvo enmarcado por la Ley 1090 del año 2006 en donde cabe resaltar algunas características propias del quehacer como psicólogo. Dentro del título II se encuentran los principios por los cuales un psicólogo ejercerá su profesión, estos son: El principio de la responsabilidad, de la competencia, de los estándares morales y legales, de los anuncios públicos, y de la confidencialidad, asimismo un psicólogo deberá brindarle bienestar al usuario. Por otro lado encontramos el principio de las relaciones profesionales, de las evaluaciones técnicas y de las investigaciones con participantes humanos, el cual nos dice que debemos respetar la dignidad y el bienestar de las personas. Finalmente encontramos el decimos principio que invita al cuidado y uso de los animales.

## RESULTADOS

Este apartado tiene como objetivo mencionar los resultados obtenidos a lo largo de la intervención prestada a un HMGT que se encontraba realizando un proceso intramural en un centro de rehabilitación en adicciones y alteraciones del comportamiento, llamado Fundación Terapéutica la Piloto. El Paciente identificado (PI) cumplía los criterios de un diagnóstico trastorno por consumo de estimulantes, 304.20 (F14.20) cocaína, y cuya intervención estuvo dividida en dos fases, la primera de ella fue la etapa pre-test y la segunda fase fue la post-test.

En la fase pre-test se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos *MMPI-2* y *EHS*, arrojando los siguientes resultados:

Los resultados cuantitativos del MMPI-2 se pueden visualizar en la tabla N. 2, N.3 y N. 4

**Tabla N.2**

*Resultados cuantitativos del MMPI-2 de las escalas de validez*

### **Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)**

<b>Escala</b>	<b>PD</b>	<b>T</b>	<b>Nivel de Categoría</b>
<b>L-“mentira”</b>	4	47	Bajo
<b>F-“incoherencia”</b>	23	77	Alto
<b>K-“Corrección”</b>	12	44	Bajo

**Tabla N. 3**

*Resultados cuantitativos del MMPI-2 de las escalas básicas*

<b>Escala</b>	<b>PD</b>	<b>T</b>	<b>Nivel de Categoría</b>
<b>Masculinidad-feminidad-Mf</b>	33	68	Alto
<b>Paranoia-Pa</b>	18	70	Alto
<b>Esquizofrenia-Sc</b>	48	72	Alto
<b>Introversión social-Si</b>	42	67	Alto

**Tabla N. 4**

*Resultados cuantitativos del MMPI-2 de las escalas de contenido*

<b>Escala</b>	<b>PD</b>	<b>T</b>	<b>Nivel de Categoría</b>
<b>Miedos: FRS</b>	3	43	Alto
<b>Depresión: DEP</b>	13	59	Alto
<b>Indicadores negativos de tratamiento: TRT</b>	18	72	Alto

Asimismo se concluye por medio de los resultados que el Paciente Identificado realizó una prueba válida en donde se pudo identificar que era una persona auto-confiada, independiente y crítica, el cual presenta problemas de sociabilidad y es propenso a cambios de humor; además es insatisfecho, presentando un mal ajuste emocional y de control de impulsos. Ocasionalmente es conformista e introvertido además de presentar pequeñas preocupaciones, o ninguna, acerca del cuerpo o de su salud; presenta posibles características de depresión moderada, se torna falto de energía y con sentimientos de inseguridad, además de presentar dificultades de sueño y disforia.

Presenta problemas familiares y con el consumo de sustancias no autorizadas, además de presentar conflictos sobre la identidad sexual, dependencia oral, inmadurez psicosexual y conductas relacionadas con una demanda de atención y aprobación.

Presenta predisposición paranoide y es una persona empática.

Por otro lado es probable que presente muchos temores específicos, es una persona con pensamientos de incertidumbre sobre su futuro, probablemente daba muchas vueltas a las cosas y se sentía vacío. Es probable que cuente con actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento de salud mental, además de no sentirse cómodo a la hora de discutir sus problemas con los demás y prefiere darse por vencido frente a las crisis o las dificultades.

En un segundo momento se llevó a cabo la aplicación de la EHS de Gismero, arrojando datos cuantitativos, los cuales se pueden observar en la tabla N. 5.

**Tabla N. 5***Resultados cuantitativos de la aplicación de la EHS*

<b>Escala</b>	<b>PD</b>	<b>T</b>	<b>Nivel de Categoría</b>
<b>Autoexpresión en situaciones sociales</b>	23	55	Medio Alto
<b>Defensa de los propios derechos como consumidor</b>	14	45	Medio Bajo
<b>Expresión de enfado o disconformidad</b>	8	25	Medio Bajo
<b>Decir “no” y cortar interacciones</b>	16	65	Medio Alto
<b>Hacer peticiones</b>	15	75	Medio Alto
<b>Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto</b>	11	20	Bajo
<b>PD global</b>	87	50	Medio

A partir de los resultados obtenidos se pudo afirmar que el PI es una persona que presenta habilidades sociales promedio, a pesar de los datos obtenidos en esta escala durante los seis meses de tratamiento en el programa de rehabilitación se vieron por medio de situaciones de la vida real la utilización de las seis escalas elaboradas por Gismero (2000), no obstante el paciente presentó dificultades a la hora de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, lo cual puede decir que existen dificultades a la hora de pedir una cita, mantener conversaciones y terminar una relación con el sexo opuesto. Asimismo se puede afirmar que según los resultados de esta escala se puede llevar a cabo una contrastación de los resultados de la prueba MMPI-2 en donde se afirmaba que el PI presentaba *problemas de sociabilidad*.

Cabe aclarar que los resultados obtenidos de los dos instrumentos de evaluación sirvieron para enmarcar los objetivos de las sesiones y el número de las misma, de igual manera como

menciona Becoña et al. (2010), es importante llegar a trabajar con los trastornos adictivos el entrenamiento en respiración o relajación, la resolución de problemas interpersonales y el entrenamiento de habilidades sociales son técnicas psicológicas, es por ello que los objetivos de la intervención fueron, disminuir la actividad fisiológica elevada ante las situaciones estresantes, potencializar la interacción desde el inicio hasta el final con el sexo opuesto, esto conlleva no solo iniciar una conversación sino implica también darle un cierre y fin a dicha interacción, dar cierre a un posible conflicto de identidad por parte del paciente mediante la utilización de la entrevista individual y con la utilización de preguntas de tipo reflexivas, mejorar el estado de ánimo negativo, especificando situaciones puntuales del paciente (rupturas sentimentales, resentimiento hacia la figura materna y la separación de sus padres) y disminuir el pensamiento disfuncional relacionado con las ideas de fondo depresivas.

En la tabla N. 6 se puede observar la distribución pertinente para la comprensión de las intervenciones realizadas al PI. Cabe aclarar que el presente estudio de caso fue desarrollado durante las dos prácticas de especialización en psicología clínica del año 2015, por consiguiente el objetivo de la primera era llevar a cabo un proceso de evaluación en donde la utilización de la prueba MMPI-2 enmarco el proceso, por otro lado la siguiente práctica consistía en llevar a cabo un proceso de intervención en donde los resultados de la prueba ya aplicada fuesen tenidos en cuenta, asimismo era de vital importancia realizar una contrastación de los resultados, es por ello que se decide desde el área de habilidades sociales realizar una segunda prueba con el propósito de confirmar los hallazgos de la primera intervención. Por esto en la siguiente tabla no se encuentran enumeradas las sesiones del primer contacto.

**Tabla N.6**

*Esquematación de las intervenciones de HMGT*

<b>Numero de sesión</b>	<b>Objetivo de la sesión</b>	<b>Técnica utilizada</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>	<b>Evolución del paciente</b>
1-2-3	Disminuir la actividad fisiológica elevada ante las	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento de relajación.</li> <li>• Meditación de amplia conciencia.</li> </ul>	En primer lugar se lleva a cabo una concientización o explicación de lo	El paciente concluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades para controlar sus impulsos</li> </ul>

	situaciones estresantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración profunda y control respiratorio.</li> <li>• Relajación muscular progresiva.</li> <li>• Habilidades para perdonar</li> </ul>	<p>concerniente con la técnica. En segundo lugar se pone en práctica el conocimiento aprendido.</p> <p>Se toma un registro del paciente una vez se finalizó el cumplimiento del objetivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas similares a las del padre</li> <li>• Reconoce que las técnicas de relajación como un avance para su vida.</li> </ul>
4	Potencializar las expresiones de amor, agrado y afecto del paciente con el grupo familiar primario por medio del psicodrama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en habilidades sociales</li> </ul>	<p>En un primer momento se lleva a cabo la aplicación de EHS.</p> <p>Luego se procede a realizar la entrega de resultados y retroalimentación de los mismos.</p> <p>Comenzar con el entrenamiento en la habilidad específica a trabajar.</p>	<p>El paciente concluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar de acuerdo con los resultados</li> <li>• Realizar el autoregistro para corroborar el trabajo de la habilidad.</li> <li>• Mis relaciones han mejorado.</li> </ul>
5	Identificar cuáles serían las posibles causas de rechazar o aceptar peticiones por medio del arte terapia, con el propósito de generar conciencia de la habilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicodrama</li> <li>• Autoregistro</li> </ul>	<p>Se asigna una tarea relacionada con una cinta de comida con el propósito de revisar los comportamientos y consecuencia de una persona que presenta dificultades con el rechazar peticiones, después se solicita</p>	<p>El paciente concluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• He visto un avance grande</li> <li>• La película me sirvió para darme cuenta de muchas cosas que pasan en conmigo y mi familia.</li> </ul>

			realizar Autoregistro de esta actividad.	
6	Potencializar la interacción desde el inicio hasta el final con el sexo opuesto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicodrama</li> </ul>	<p>Se le pidió al paciente que realizara un listado con posibles actitudes, situaciones y conductas que le molestaran del sexo opuesto o que se vieran involucradas.</p> <p>Además se le pide que dentro del programa comience a generar contacto con las mujeres que lo rodearan realizando un análisis del mismo.</p>	<p>El paciente concluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanar los resentimientos hacia mi madre.</li> <li>• Quisiera que nuestra relación fuese como hace muchos años.</li> <li>• Me he sentido bien con estas personas.</li> <li>• Puede ser que esto hubiera sido por lo de mi madre.</li> </ul>
7	Dar cierre a un posible conflicto de identidad por parte del paciente mediante la utilización de la entrevista individual y con la utilización de preguntas de tipo reflexivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas reflexivas</li> <li>• Narrativa</li> </ul>	<p>Por medio de preguntas reflexivas y la utilización de la técnica del discurso o narrativa se logra en primera medida explorar acerca del encuentro que el PI tuvo con personas del mismo sexo.</p>	<p>El paciente concluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logra concluir por sus propios medios que siente atención por personas del mismo sexo, además concluye que en esos episodios no generan riesgo para con su proceso.</li> </ul>
8	Mejorar el estado de ánimo negativo, especificando situaciones puntuales del paciente (rupturas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control respiratorio</li> <li>• Entrenamiento en técnicas de relajación</li> <li>• Análisis costo-beneficio</li> </ul>	<p>El paciente se muestra colaborador en esta etapa del proceso, afirma que aquellos pensamientos de</p>	<p>El paciente concluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que las técnicas de relajación sirven y que va continuar utilizándolas,</li> </ul>

	sentimentales, resentimiento hacia la figura materna y la separación de sus padres).		“ingobernabilidad” ya no lo inundan.	asimismo según lo refiere el paciente, sigue sintiéndose mejor y encontrando avances representativos para consigo mismo.
9	Disminuir el pensamiento disfuncional relacionado con las ideas de fondo depresivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> <li>• Terapia de resolución de problemas</li> <li>• Habilidades para perdonar</li> <li>• Autoregistro</li> </ul>	Con ayuda del paciente se le solicita que realice un autoregistro mencionando cuales serían los pensamientos automáticos negativos, las suposiciones distorsionadas y los autoesquemas disfuncionales, asimismo se pretendía que el PI cambiara los factores cognitivos que lo afectaban.	El paciente a lo largo de la intervención concluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenía sentimientos de culpa hacia mi madre</li> <li>• Ahora he cambiado y tengo mayor estabilidad.</li> <li>• Mis síntomas han disminuido</li> <li>• He estado mucho mejor</li> <li>• Este espacio que hemos construido me ha servido mucho</li> </ul>
10	Generar una concientización del proyecto de vida del paciente a corto, mediano y largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Programa de actividades placenteras</li> </ul>	Se brinda un proceso de concientización en relación a lo que significa poseer proyectos a corto, mediano y largo plazo. Asimismo se le pide al paciente que realice un listado de actividades con las cuales el podrá enfrentarse en un	El paciente concluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logra visualizar su bienestar conviviendo con su padre a pesar de la que mama está inconforme.</li> <li>• El paciente cambia de opinión quizás por influencia de su madre</li> </ul>

			futuro a una posible situación de riesgo.	acerca del anterior proyecto. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decide quedarse con la madre.</li> <li>• Sueña con cortar su relación con la sustancia, convivir con sus hijos y tener una finca.</li> </ul>
11	Identificar las situaciones, los pensamientos, y/o emociones que puedan llevar a la reincidencia del consumo de sustancias al PI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoregistros</li> </ul>	Esta actividad se lleva a cabo por medio de un instrumento diseñado para abordar esta temática, con el propósito de generar conciencia en el paciente de las situaciones de alto riesgo, las cuales debería evitar.	El paciente concluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguiré al pie de la letra el “preventivo de recaídas”.</li> <li>• Ahora conozco más de mi enfermedad.</li> <li>• Espero seguir asistiendo, quiero volver.</li> <li>• Concluyo de esta intervención que me sirvió mucho a mí y a mi familia.</li> </ul>
12	Cierre terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El psicodrama</li> </ul>	Se lleva a cabo una reflexión por medio de un cambio de roles en donde el paciente debía argumentar, contar, manifestar los hallazgos realizados en intervención.	El paciente concluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me siento contento</li> <li>• Los pensamientos de tristeza no están</li> <li>• Logre sanar mi resentimiento hacia mi madre</li> <li>• Mi intención es seguir mejorando</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soy consciente de las perdidas pero reconozco que no son motivos para recaer</li> <li>• Lo que vive no me dejaba ver lo que realmente estaba sucediendo.</li> <li>• Entendí que si estoy bien emocionalment e sé que puedo lograr muchas cosas</li> <li>• Son anécdotas para mi vida</li> <li>• El hecho de que termine con alguien o tenga una desilusión amorosa no significa que mi vida se termine.</li> <li>• Sé que debo contar que estoy mal antes de que suceda una tragedia.</li> <li>• Reconozco que esta enfermedad es como un círculo.</li> <li>• Mi intención es regresar</li> </ul>
--	--	--	--	--

En este sentido cabe mencionar que con el propósito de contrastar los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas, se realizó la fase *Post- Test* de la EHS y debido a movilizaciones de sitio de residencia por parte del PI la prueba MMMP-2 no se pudo llevar a

cabo, a pesar de ello en la tabla N. 7 se pueden observar los resultados de la prueba mencionada y posterior a ella un análisis con los resultados de las dos pruebas (tabla N. 8).

**Tabla N.7**

*Resultados de la prueba EHS fase Post-test*

<b>Escala</b>	<b>PD</b>	<b>T</b>	<b>Nivel de Categoría</b>
<b>Autoexpresión en situaciones sociales</b>	24	65	Medio Alto
<b>Defensa de los propios derechos como consumidor</b>	15	60	Medio Alto
<b>Expresión de enfado o disconformidad</b>	5	25	Bajo
<b>Decir “no” y cortar interacciones</b>	14	40	Medio Bajo
<b>Hacer peticiones</b>	17	90	Alto
<b>Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto</b>	18	90	Alto
<b>PD global</b>	93	65	Medio Alto

**Tabla N.8**

*Análisis de Resultados de las fases Pre-test y Post- Test*

<b>Escala</b>	<b>Puntajes Post-Test</b>			<b>Puntajes Pre-Test</b>		
	<b>PD</b>	<b>T</b>	<b>Nivel de Categoría</b>	<b>PD</b>	<b>T</b>	<b>Nivel de Categoría</b>
			<b>a</b>			

<b>Autoexpresión en situaciones sociales</b>	23	55	Medio Alto	24	65	Medio Alto
<b>Defensa de los propios derechos como consumidor</b>	14	45	Medio Bajo	15	60	Medio Alto
<b>Expresión de enfado o disconformidad</b>	8	25	Medio Bajo	5	5	Bajo
<b>Decir “no” y cortar interacciones</b>	16	65	Medio Alto	14	40	Medio Bajo
<b>Hacer peticiones</b>	15	75	Medio Alto	17	90	Alto
<b>Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto</b>	11	20	Bajo	18	90	Alto
<b>PD global</b>	87	50	Medio	93	65	Medio Alto

Tal y como se puede apreciar en la tabla anterior la habilidad en la cual hubo deficiencias en la fase *Pres-test* fue la escala de *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto* con una puntuación directa de 11, la cual la posicionaba en un nivel de categoría bajo, por este sentido se inicia un entrenamiento en habilidades sociales para aumentar su puntuación o en este sentido las interacciones con el sexo opuesto. Luego de finalizar la intervención, aproximadamente un mes después se realiza la aplicación *Post-test* encontrándose que la habilidad trabajada obtuvo una puntuación directa de 18 ubicándose en un nivel de categoría Alto. Del mismo modo en la escala de *Expresión de enfado o disconformidad*, en la primera fase obtuvo una puntuación directa de 8 ubicándose en un nivel de categoría medio bajo, en la fase posterior la puntuación directa que arrojó fue de 5 ubicándose en un nivel de categoría bajo, lo cual dice que es probable que el PI presente una dificultad para expresar discrepancias y el preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás.

Finalmente cabe destacar que la FTLP brindó un espacio integro para el buen ejercicio y eficacia del tratamiento psicológico, al mismo tiempo permitió establecer una categoría diagnóstica para la clasificación del paciente dentro de un problema psicológico específico, con

el fin de direccionar el adecuado tratamiento, generar procesos evaluativos, analíticos e investigativos en relación con las intervenciones clínicas propias de la modalidad. De igual manera el cumplimiento de los logros que se desarrollaron a través de la práctica, brinda conocimientos de psicoterapia y tratamientos de las alteraciones comportamentales por consumo de sustancias psicoactivas, la adaptación a las diferentes áreas del contexto del ser humano y capacidades para la atención psicológica.

## DISCUSIÓN

Dentro de esta intervención se llevaron a cabo espacios de evaluación con los cuales el grupo terapéutico intentaba identificar características propias de personalidad, dificultades de la persona, así como también problemáticas específicas. Una vez los procesos evaluativos fueron finalizados, se identificó que el PI había experimentado situaciones propias como: la separación de los padres, la ausencia de figuras de autoridad, el rechazo a la figura materna, las debilidades comunicativas, el déficit en estilos de crianza, los antecedentes en el consumo de SPA, la vulnerabilidad ante el área sociocultural, la inestabilidad emocional por parte de los padres y las conductas disruptivas en relación con el vandalismo, asimismo los patrones conductuales repetitivos en función de pautas comportamentales transmitidas por el padre, los posibles conflictos de identidad, las deficiencias a la hora de rechazar peticiones, el estado de ánimo conservado de fondo depresivo y las debilidades en las pautas relacionales con el género femenino, lo cual confirma lo que mencionan Olivencia y Cangas (2004) en relación a las posibles causas del porqué una persona se convierte en “drogadicto”; en primer lugar los autores realizan una distinción y dividen los factores en tres, factores familiares asociados al inicio en el consumo de drogas, los factores relativos a las amistades al inicio en el consumo de drogas y los factores personales asociados al inicio en el consumo de drogas. Dentro de la primera categoría se destacan las rupturas familiares, como separaciones, abandonos, divorcios y viudez. La inexistencia de comunicación y/o lazos afectivos sólidos en la familia, la ausencia de normas sociales, exceso de control afectivo o sobreprotección, además otro factor que mencionan los autores son las familias en conflictos permanentes, el abuso de drogas legales (alcohol, tabaco o medicamentos).

Dentro de la segunda categoría podemos encontrar el consumo entre los amigos de la pandilla o compañeros de clase, la accesibilidad, posesión y ofrecimiento de drogas por parte de los amigos y el consumo inicial con amigos por curiosidad. Finalmente dentro de la última categoría encontramos la curiosidad y/o tendencia a la búsqueda de sensaciones como forma de diversión sin anticipar los resultados, el rechazo de las normas sociales, el estilo de vida estresante y desorganizado, la baja tolerancia a la frustración y los sentimientos de culpabilidad, la baja autoestima y las deficiencias sociales, la existencia de sentimientos depresivos y ansiosos, el bajo control en general, entre otras.

Del mismo modo Izquierdo (2010) menciona que los motivos principales para que una persona se convierta en toxicómano son: en primer lugar la crisis de convivencia familiar, conflictos, escasa comunicación (60%), cuyo reflejo se podía visualizar con el PI. En segundo lugar la pérdida de cara al futuro y la falta de perspectiva (59,3%), en tercer lugar está la tendencia a resolver farmacológicamente problemas y conflictos (57,1%), la cual tenía una relación directa con el PI. El cuarto motivo eran los modelos de consumo inducidos por la sociedad (50,1%), en este caso con el PI se podía vislumbrar una conexión directa con el entorno social, lo cual hacía que su conducta de consumo excesivo perdurara o se reforzara. En quinto lugar se encuentra la pérdida de función de la familia, que cada día no es capaz de hacer el papel de guía (43,8%), en el PI se percibe en la etapa de adolescencia del mismo. En penúltimo lugar el PI argumentó experimentar situaciones denominadas por el autor como situaciones personales negativas (33,4%), finalmente el autor propone una educación demasiado permisiva (16,4%), cuya relación con el PI se encuentra en el déficit de estilos de crianza.

En síntesis, Jaramillo (2007) menciona que la drogodependencia cuenta con las tres “S”: sustancia, sujeto y sociedad, en donde la primera puede tener aplicación médica, pero que mediante el uso y el abuso conduce a la drogadicción. La segunda corresponde a una mayor comunicación intrafamiliar y la tercera está vinculada al ambiente de deshumanización de la sociedad de consumo, donde la publicidad, y la carencia de una adecuada información sobre los riesgos del consumo, crean estímulos para su adicción, por tal motivo lo anteriormente mencionado evidencia que el PI cumple con los criterios o factores con los cuales una persona podría llegar a convertirse en un dependiente de sustancias, a pesar de ello Pérez, Scopetta y Peña (2002) también menciona tres factores relacionados con el inicio, uso y abuso de sustancias, a pesar de ello el autor menciona que no existe una sola razón para, ni una sola manera de, volverse usuario de cualquier SPA. Siempre se encontraran factores en interacción, de orden personal, familiar, relacionados con las condiciones del ambiente y asociados a las características de la sustancia que se emplee.

A continuación y una vez llevada a cabo la fase de evaluación y confirmación de hipótesis es de vital importancia cuestionarse como profesional en formación y afirmar, ¿qué enfoque brinda mayores estándares de efectividad en la rehabilitación de pacientes con trastorno por consumo de estimulantes?, es allí donde quisiera retomar una frase anteriormente menciona,

en donde Pérez (2000) argumentaba que no existía un modelo único adecuado para hacer prevención del consumo de droga, a pesar de esto Mack, Franklin y francés (2003) refieren que las técnicas cognitivo-conductuales (TCC) son las que consiguen prevenir con mayor eficacia las recaídas dentro de un proceso de exceso consumo de drogas, del mismo modo Becoña et al. (2010) refiere que las revisiones realizadas hacia las TCC son las alentadoras, ya que las destacan respecto a otros enfoques psicoterapéuticos, lo anteriormente mencionado brinda un soporte terapéutico a la hora pensar en el desarrollo de la intervención.

En el mismo sentido se postularon objetivos de intervención con los cuales se pretendía disminuir el consumo excesivo de SPA (cocaína) apoyados y/o basados por el marco referencial de autores como Mack, Franklin y francés (2003) que argumentan que se deben desarrollar estrategias de afrontamiento y planes de contingencia para prevenir una recaída, tal y como se realizó en el transcurso de la intervención, cuando se le pidió al PI que identificará cuales serían las situaciones de alto riesgo por las cuales podría llegar a pasar, además del estudio y retroalimentación del preventivo de recaídas, asimismo el desarrollo de un entrenamiento en habilidades sociales con el fin de prevenir una recaída y reconocer ciertos mecanismos alternativos de afrontamiento, finalmente la TCC es un tratamiento en el que el paciente trabaja en la identificación y modificación de patrones de pensamiento desadaptativos que desencadenan sentimientos que, a su vez, inducen el consumo, en el mismo sentido como el proceso de intervención.

Becoña et al. (2010) refieren que es de vital importancia llevar a cabo un entrenamiento en respiración o relajación, así también se debe implementar la resolución de problemas interpersonales, además de realizar un cuestionamiento sobre las creencias erróneas y realizar un entrenamiento de habilidades sociales, entre otras. Dejando a un lado lo anterior En primera medida con el PI se llevó a cabo un entrenamiento en técnicas de relajación, además de una meditación de amplia conciencia, respiración profunda y control respiratorio y por último una relajación muscular, con el propósito de que este controlara sus impulsos y pusiera en práctica lo aprendido ante las situaciones que generan estrés o inquietud por parte del paciente. En segundo lugar se resolvieron conflictos personales en relación con sus pautas de interacción, conflictos no resueltos y dificultades por el reconocimiento de la identidad. Por otro lado se realizó la

aplicación del EHS con el fin de verificar y orientar pertinentemente el entrenamiento de habilidades sociales.

En síntesis se procuró dar una intervención que estuviese enmarcada por los lineamientos brindados por expertos, los cuales han venido trabajado con las dependencias en sustancias psicoactivas. Finalmente quisiera hacer una invitación a todos los profesionales de la salud que se esfuerzan día a día por tratar de ayudar a estas personas. En primer lugar como dice Becoña et al. (2010) no debemos creer que somos salvadores o curadores, personalmente invita a reflexionar y quizás a cambiar nuestra percepción de ayuda, más bien debemos cumplir un papel de profesionales por vocación que orienta, que desempeña cualidades enriquecedoras en su quehacer y que está dispuesto a entregar todo su conocimiento, disposición, compromiso y entrega a la hora de brindar ayuda al que lo necesite.

Aunque el pronóstico no sea alentador en relación con TCS ya que Mack, Franklin y francés (2003) mencionan que más del 90% de los pacientes volverá a consumir sustancias en algún momento de los 12 meses tras haber iniciado abstinencia; además un 45-50% volverá a los niveles de consumo previos al tratamiento, esto no quiere decir que nosotros como profesionales de la salud no podamos contribuir a esta problemática.

## CONCLUSIÓN

En primer lugar se concluye que los objetivos monográficos fueron cumplidos a cabalidad, reduciendo así el consumo excesivo de sustancias psicoactivas por parte del paciente, posterior a ello se confirma que el plan de intervención cognitivo-conductual fue de gran utilidad para el PI tal como lo mencionan los aspectos teóricos anteriormente mencionados, brindando así mayor evidencia empírica al modelo, finalmente se concluye que la herramienta de observación del paciente contribuyó a brindarle mayores beneficios al PI.

Por otro lado la organización del presente proyecto estuvo caracterizada por una fase de evaluación en donde la aplicación del Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) y la escala de Habilidad de Gissero enmarcaron los objetivos del proceso de intervención psicológica individual, logrando obtener orden, sustentabilidad y coherencia dentro de la fase de intervención individual.

Asimismo se identificó que la utilización de técnicas cognitivo-conductuales como el entrenamiento en técnicas de relajación, la meditación concientización, la relajación muscular, la respiración profunda, la reestructuración cognitiva, las preguntas reflexivas y el entrenamiento en habilidades sociales sirvieron para contribuir al cumplimiento de los objetivos del presente proyecto generando cambios significativos en la calidad de vida del PI.

Finalmente cabe concluir que la intervención individual debe enfocarse como un encuentro donde los profesionales de la salud puedan entender que detrás de cada ser humano existe un sin número de necesidades expuestas que necesitan ser atendidas, por tal motivo el rol del psicólogo está encaminado a orientar y escuchar atentamente la historia del otro sin detenerse a enjuiciar o tomarse un tiempo para revisar si es “drogadicto” o no; más bien su trabajo será el de comprender el comportamiento manifestado en la actualidad, el cual ha sido moldeado por experiencias vividas en su infancia, adolescencia o la misma adultez y que se han visto replicadas en los diferentes contextos de interacción.

## REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Irauirgui, I., & Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- Camacho, I. (2008). Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 5(1), 41 – 56
- Cheburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (2) 85-99.
- Dolácio, R. (2009). *El drogadicto y la familia*. Bogotá, Colombia: San Pablo.
- Escallon, A. y Pérez, A. (1998). *¿A qué se llama "drogadicción"?*. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional.
- Guzmán, F. & Arias, C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista Colombiana de Cirugía*, 27, 15-24.
- Hernández, D. (2015). *Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia: Foro Nacional de Drogas*. Recuperado de [http://www.odc.gov.co/Portals/1/dialogo\\_nacional/docs/consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-delia-hernandez.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/dialogo_nacional/docs/consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-delia-hernandez.pdf)
- Hernández, G. & Sánchez, M. (2015). Diseño y evaluación de una lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia. *Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic)*. Bogotá, Colombia.
- Izquierdo, C. (2010). *Adolescente: ¡vive sin drogas!*. Bogotá, Colombia: San Pablo.
- Jaramillo, J. (2007). *Las tres epidemias del siglo: alcoholismo, tabaquismo y drogadicción*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

- Mack, A., Franklin, Jr. y Frances, R. (2003). Cuestiones en desarrollo en el campo de la adicción. *Guía-Tratamiento del alcoholismo y las adicciones*. (p. 35-51). Barcelona, España: MASSON, S.A.
- Mack, A., Franklin, Jr. y Frances, R. (2003). Abordajes terapéuticos para los trastornos por consumo de sustancias. *Guía-Tratamiento del alcoholismo y las adicciones*. (pp. 151-207). Barcelona, España: MASSON, S.A.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso- Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, 20, 165-193.
- Medina, N. & Carvalho, M. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 18(Spec), 504-512.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). Ley número 1090 de 2006 (Septiembre 06) por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Colombia.
- Olivencia, J. & Cangas, A. (2004). *Las adicciones en adolescentes: claves para prevenirlas y afrontarlas, una guía para padres*. Bogotá, Colombia: Panamericana Editorial.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra: Suiza.
- Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Berrejo, M., Seades, R. y Gradolí, V. (2008). Terapias cognitivo-conductuales. *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. (p. 41-67). Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.
- Pérez, A. (Ed.). (2000). *El libro de las drogas, Manual para la familia*. Colombia: Carrera 7 Ltda.
- Pérez, A., Scopetta, O. y Peña, P. (2002). *La juventud y las drogas*. Bogotá, Colombia: Alfaomega Colombiana S.A.

- Pierce, V. (2003). *Adicción. Prevención-Rehabilitación-Crecimiento personal*.
- Rodríguez, A. (1995). La aventura de las drogas. *¿Qué son las drogas?* (p. 9-21). Santa Fe de Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Salazar, G.(2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, (57), 12-17.
- Sánchez- Hervás, E. & Gradoli, T. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Elsevier* 3(1)
- Sánchez- Hervás, E., Gradoli, T. & Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Elsevier* 6(3)
- Sánchez- Hervás, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. *Papeles del Psicólogo* (87)
- Sánchez de Gallardo, M. & Pírela de Faría, L. (2012). Estudio psicométrico de la prueba figura humana. *Telos*, 14(2),210-222.
- Sánchez, C., Ochoa, E., Bravo, R., Cueto, E., López, C., Sierra, L., ... Delgado, L. (2012). Referencias Teóricas. En Sánchez, C y Ochoa, E. (Ed.), *Menores vulnerables y consumo de sustancias: detección e intervención*. (pp. 19-65). La Rioja, España: Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Secades, R. & Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*. 13(3), 365-380
- Schreck, D., Milanese, E & Muller, W. (2002). *Farmacodependencia y Política de Drogas*. Bogota: Kimpres Ltda.
- Vega, A., Romero, F., Botero, J. & Peláez, A. (1984). *Farmacodependencia. Un problema, una respuesta*. Bogotá: CONACED.
- Verdugo, B., De las Heras, M., Rodríguez, P., Gil, J., De la cuesta, S., Maganto, E.,...Soler, P. (2012). *Protocolo de intervención psicológica*. Madrid, España: Madrid Salud.

Villareal, N., Salvador, G., González, F., Calume, J. & Gutiérrez, G. (2006). *Modelo sobre prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas*. Colombia: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.

# Anexo 1.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
*Tutor y/o Representante Legal*  
C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Psicólogo en Práctica*  
C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Psicólogo Asesor*  
T.P. \_\_\_\_\_



### Anexo 3.



## **PROTOCOLO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL FUNDACIÓN TERAPÉUTICA LA PILOTO-FTLP.**

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

### **JUSTIFICACIÓN**

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

### **OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

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

#### **ESPECÍFICOS**

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

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

**DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE**

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

**OBSERVACIÓN DE INGRESO:**


**COMPROMISOS FAMILIARES:**


**MOTIVO DE CONSULTA (manifestado o remitido)**


**GENOGRAMA**

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

--

**HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.**


**DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PRE-MÓRBIDA DEL PACIENTE**

**(CICLO DE VIDA DEL PACIENTE)**

<b>ETAPA PRENATAL E INFANCIA</b> (Se exponen hechos importantes de la etapa).

<b>ETAPA DE LA ADOLESCENCIA</b> (Se exponen hechos importantes de la etapa).

<b>ETAPA DE LA ADULTEZ</b> (Se exponen hechos importantes de la etapa).

## DESCRIPCIÓN CONTEXTUAL DEL PACIENTE

Área Familiar

Área Afectiva

Área Social

Área Ocupacional

<b>Área recreacional</b>

<b>Área de Estado de Salud</b>

<b>Observaciones:</b>

## ANTECEDENTES

<b>Antecedentes Personales</b>		
Psiquiátrico	Dx	Obs.:
Psicológicos	Dx	Obs.:
Médicos	Dx	Obs.:
Desarrollo	Dx	Obs.:
Alérgicos	Dx	Obs.:
Ocupacionales	Dx	Obs.:
Judiciales	Dx	Obs:
<b>Antecedentes Familiares</b>		
Psiquiátrico	Parentesco:	Dx
Psicológicos	Parentesco:	Dx
Médicos	Parentesco:	Dx
Desarrollo	Parentesco:	Dx
Alérgicos	Parentesco:	Dx
Ocupacionales	Parentesco:	Dx
Judiciales	Parentesco:	Dx

## **ANÁLISIS DEL CASO**

Impresión diagnóstica:

Recomendaciones para la próxima asesoría:

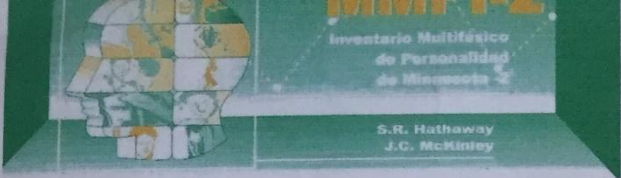
---

FIRMA Y SELLO DEL  
PROFESIONAL

---

FIRMA Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL  
TUTOR

Anexo 4.



Edu: 33 Sexo: M Estado civil: Soltero

Profesión: VARIOS

Titulación académica: BACHILLER

Centro: LA PILOTO

Fecha: 21/04/2015

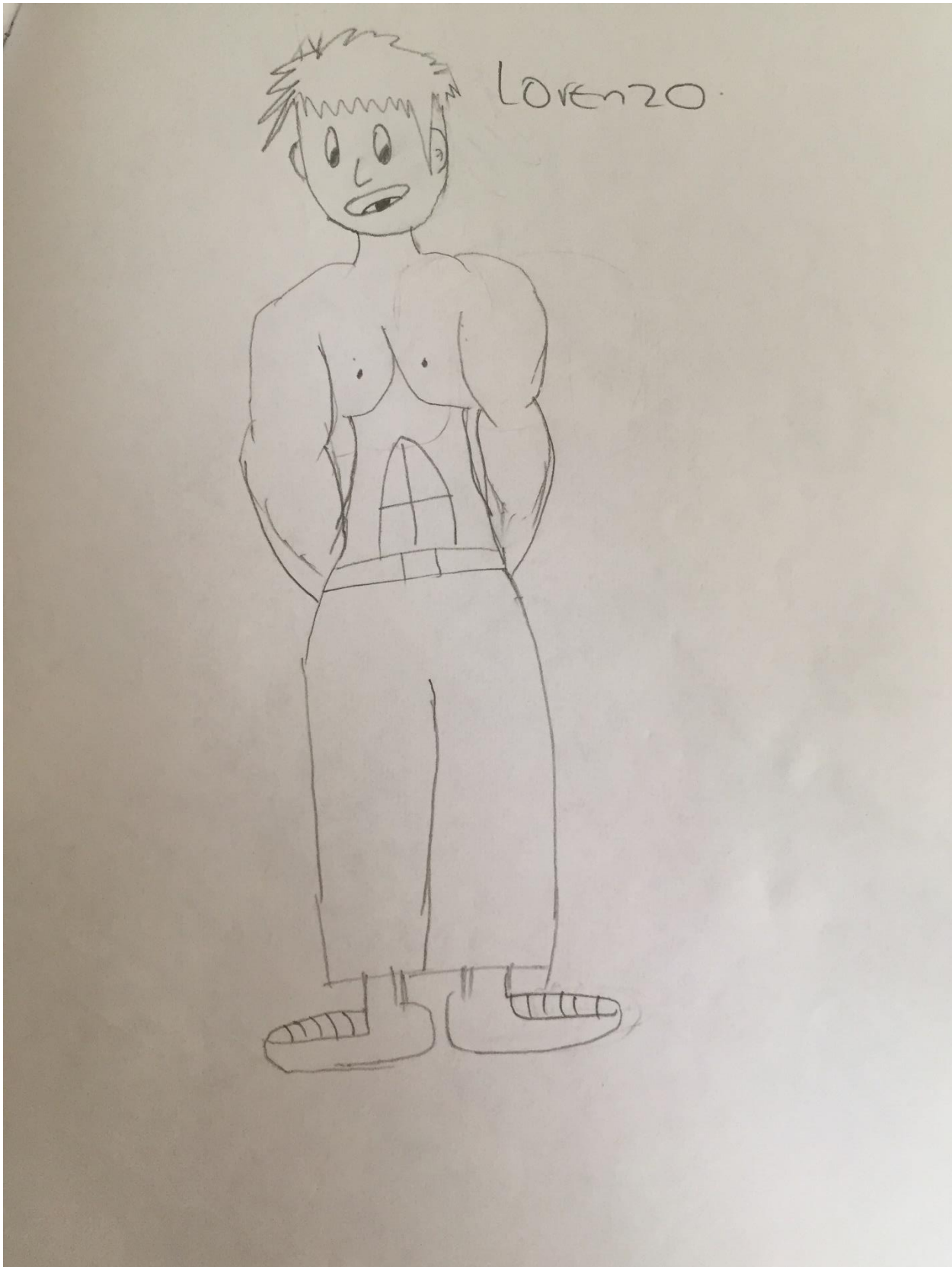
### HOJA DE RESPUESTAS

**Al contestar, compruebe que el número de la frase es igual en Cuadernillo y Hoja**

1	41	81	131	181	231	281	331	381	431	481	531
2	42	82	132	182	232	282	332	382	432	482	532
3	43	83	133	183	233	283	333	383	433	483	533
4	44	84	134	184	234	284	334	384	434	484	534
5	45	85	135	185	235	285	335	385	435	485	535
6	46	86	136	186	236	286	336	386	436	486	536
7	47	87	137	187	237	287	337	387	437	487	537
8	48	88	138	188	238	288	338	388	438	488	538
9	49	89	139	189	239	289	339	389	439	489	539
10	50	90	140	190	240	290	340	390	440	490	540
11	51	91	141	191	241	291	341	391	441	491	541
12	52	92	142	192	242	292	342	392	442	492	542
13	53	93	143	193	243	293	343	393	443	493	543
14	54	94	144	194	244	294	344	394	444	494	544
15	55	95	145	195	245	295	345	395	445	495	545
16	56	96	146	196	246	296	346	396	446	496	546
17	57	97	147	197	247	297	347	397	447	497	547
18	58	98	148	198	248	298	348	398	448	498	548
19	59	99	149	199	249	299	349	399	449	499	549
20	60	100	150	200	250	300	350	400	450	500	550
21	61	101	151	201	251	301	351	401	451	501	551
22	62	102	152	202	252	302	352	402	452	502	552
23	63	103	153	203	253	303	353	403	453	503	553
24	64	104	154	204	254	304	354	404	454	504	554
25	65	105	155	205	255	305	355	405	455	505	555
26	66	106	156	206	256	306	356	406	456	506	556
27	67	107	157	207	257	307	357	407	457	507	557
28	68	108	158	208	258	308	358	408	458	508	558
29	69	109	159	209	259	309	359	409	459	509	559
30	70	110	160	210	260	310	360	410	460	510	560
31	71	111	161	211	261	311	361	411	461	511	561
32	72	112	162	212	262	312	362	412	462	512	562
33	73	113	163	213	263	313	363	413	463	513	563
34	74	114	164	214	264	314	364	414	464	514	564
35	75	115	165	215	265	315	365	415	465	515	565
36	76	116	166	216	266	316	366	416	466	516	566
37	77	117	167	217	267	317	367	417	467	517	567
38	78	118	168	218	268	318	368	418	468	518	568
39	79	119	169	219	269	319	369	419	469	519	569
40	80	120	170	220	270	320	370	420	470	520	570

Autores: S.R. Hathaway y J.C. McKinley - Comité de tipificación del MMPI-2; J.N. Buehler, W. Grant Dahlstrom, J.R. Graham, A. Tellegen y B. Kaemmer.  
 Adaptación española: Alejandro Avila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez (1992, 1996).  
 Copyright © 1942, 1943, 1989 by The Regents of The University of Minnesota.  
 Copyright © 1998 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24, 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

Anexo 5.





Anexo 6.

EHS		Nombre y apellidos		Edad	Sexo
		Francisco Murguio Ferrn		33	M
		Centro		Fecha	
				25/11/2015	

ANTE SUS RESPUESTAS RODEANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR.  
 COMPRUEBE QUE RODEA LA LETRA EN LA MISMA LINEA DE LA FRASE QUE HA LEÍDO.

**A** No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría  
**B** Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.  
**C** Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así  
**D** Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

- A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.  A  B  C  D
- Me cuesta telefonear a tiendas, oficinas, etc.  A  B  C  D
- Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.  A  B  C  D
- Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo.  A  B  C  D
- Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No».  A  B  C  D
- A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.  A  B  C  D
- Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.  A  B  C  D
- A veces no sé que decir a personas atractivas del sexo opuesto.  A  B  C  D
- Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.  A  B  C  D
- Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.  A  B  C  D
- A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.  A  B  C  D
- Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.  A  B  C  D
- Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.  A  B  C  D
- Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.  A  B  C  D
- Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.  A  B  C  D
- Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.  A  B  C  D
- No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.  A  B  C  D
- Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.  A  B  C  D
- Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.  A  B  C  D
- Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.  A  B  C  D
- Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.  A  B  C  D
- Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.  A  B  C  D
- Nunca sé cómo «cortar» a un amigo que habla mucho.  A  B  C  D
- Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.  A  B  C  D
- Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.  A  B  C  D
- Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.  A  B  C  D
- Soy incapaz de pedir a alguien una cita.  A  B  C  D
- Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mí físico.  A  B  C  D
- Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).  A  B  C  D
- Cuando alguien se me «cuela» en una fila, hago como si no me diera cuenta.  A  B  C  D
- Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.  A  B  C  D
- Muchas veces prefiero ceder, callarme o «quitarme de en medio» para evitar problemas con otras personas.  A  B  C  D
- Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.  A  B  C  D

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

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

## Anexo 7.

### Prevención de recaídas<sup>1</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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



---

<sup>1</sup> Romero, R. (s.f). Prevención de recaídas en pacientes adictos.

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

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

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

---

**Firma del usuario**

---

**Psicólogo Pasante**