

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CLÍNICA EN TRASTORNO PSICÓTICO
INDUCIDO POR CONSUMO DE CANNABIS

LEIDY MARCELA GUALDRÓN GARZÓN

Director

PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Bucaramanga

2018

Evaluación e Intervención Clínica en Trastorno Psicótico Inducido por Consumo de Cannabis

Monografía presentada por

LEIDY MARCELA GUALDRÓN GARZÓN

Para optar el título de Especialista en Psicología Clínica

Director del trabajo de grado:

PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

Especialista en Psicología Clínica



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Bucaramanga

2018

Dedicatoria

A Dios por ser el creador de la vida, por guiar cada uno de mis pasos y a quien pido sabiduría para enfrentar cada uno de mis retos profesionales.

A mis padres por darme la vida y por enseñarme a no rendirme ante los obstáculos.

A mi amado esposo, por su apoyo incondicional y por haber permitido la materialización de este sueño.

A mis hijos, quienes son el motor que me impulsan a ser mejor cada día.

Agradecimientos

A la Universidad Pontificia Bolivariana, por su compromiso en la formación de profesionales éticos y calificados.

A la Clínica San Pablo, por permitirme la realización de la práctica clínica y afianzar mis conocimientos.

A mis compañeras de especialización, hoy grandes amigas Alejandra, Alicia y Laura por su amistad y apoyo.

A mi asesora de práctica especialista Paula Fernanda Pérez Rivero, por su profesionalismo, compromiso y generosidad al compartir conmigo sus conocimientos.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Tabla de contenido.....	V
Lista de figuras.....	VII
Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
Introducción.....	1
Objetivos.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	10
Método.....	11
Participantes.....	11
Instrumentos de exploración.....	11
Instrumentos de evaluación.....	13
Procedimiento.....	15
Formulación del caso clínico.....	18
Problema.....	19
Historia personal.....	20
Evaluación sincrónica.....	21
Evaluación diacrónica.....	21
Formulación de hipótesis.....	23

Impresión diagnóstica.....	25
Plan de intervención.....	26
Resultado de la intervención.....	27
Discusión.....	34
Conclusiones.....	38
Recomendaciones.....	39
Referencias.....	41
Anexos.....	48
Anexo 1 Formato consentimiento informado.....	48
Anexo 2 Formato historia clínica para adultos.....	54
Anexo 3 Prueba de detección de consumo de sustancias – ASSIST.....	60
Anexo 4 Inventario de ansiedad de Beck.....	64
Anexo 5 Cuestionario de personalidad de Millón (MCMI-II)	65
Anexo 6 Escala de síndromes positivos y negativos – PANS.....	77
Anexo 7 Presentación de estudio de caso	78
Anexo 8 Intervención individual.....	69
Anexo 9 Autorregistro pensamientos automáticos	85
Anexo 10 Autorregistro, entrenamiento en solución de problemas.....	86

Lista de figuras

Figura 1. Familiograma.....18

Figura 2. Resultados pre/post test de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)29

Figura 3. Resultados pre/post test del inventario clínico multiaxial de MILLON (MCMII II)30

Figura 4. Resultados pre/post test del inventario de Beck (BAI).....31

Figura 5. Resultados pre/post test de la escala de los síntomas positivos y negativos – (PANNS).....32

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CLÍNICA EN TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR CONSUMO DE CANNABIS

AUTOR(ES): LEIDY MARCELA GUALDRÓN GARZÓN

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

RESUMEN

Se presenta el abordaje de la intervención clínica de un paciente con trastorno psicótico inducido por el consumo grave de cannabis, perteneciente al Tratamiento de Rehabilitación de Adicciones – TRAD, de la clínica San Pablo, en la ciudad de Bucaramanga – Santander, la intervención se desarrolló por medio de evaluación clínica incluyendo la aplicación de pruebas con el propósito de identificar historia de vida y la relación con la problemática, así mismo se inició el proceso de intervención con el propósito de reforzar habilidades de afrontamiento que le permitan al consultante sustituir la conducta de consumo y una mayor adaptación a su entorno. Este proceso se desarrolló de manera voluntaria por parte del consultante. La evaluación, diagnóstico e intervención se desarrolló desde el enfoque cognitivo conductual. Los resultados mostraron una disminución de las ideas psicóticas y el uso de estrategias de afrontamiento en la relación consigo mismo y con los demás. Se recomienda fomentar la práctica de pautas de crianza asertivas como factor protector en este tipo de problemáticas.

PALABRAS CLAVE:

Cannabis, Diagnostico, Evaluación, Enfoque Cognitivo Conductual, Intervención, Trastorno Psicótico.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: EVALUATION AND CLINICAL INTERVENTION IN PSYCHOTIC DISORDER INDUCED BY CANNABIS CONSUMPTION

AUTHOR(S): LEIDY MARCELA GUALDRÓN GARZÓN

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

ABSTRACT

We present the approach of the clinical intervention of a patient with psychotic disorder induced by the serious consumption of cannabis, belonging to the Addiction Rehabilitation Treatment - of the San Pablo Clinic, in the city of Bucaramanga, Santander. The intervention was developed through clinical evaluation including the application of tests with the purpose of identifying life history and the relationship with the problem, likewise the intervention process was initiated with the purpose of reinforcing coping skills that allow the consultant to substitute the behavior of consumption and greater adaptation to their environment. This process was developed voluntarily by the consultant. The evaluation, diagnosis and intervention was developed from the cognitive behavioral approach. The results showed a decrease in psychotic ideas and the use of coping strategies in the relationship with oneself and with others. It is recommended to encourage the practice of assertive parenting patterns as a protective factor in this type of problem.

KEYWORDS:

Cannabis, Diagnosis, Assessment, Cognitive Behavioral Approach, Intervention, Psychotic Disorder

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno social que ha generado múltiples problemáticas. Becoña (2016) afirma que:

Desde el inicio de la historia se ha relacionado al hombre con las adicciones, fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado o sigue utilizando a lo largo de la historia. (p.15)

En la actualidad, el consumo de sustancias psicoactivas continúa en aumento, de manera que, produce preocupación, debido a las situaciones de riesgo a las que se ven expuestos quienes son consumidores.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013), la adicción a sustancias psicoactivas – SPA, es:

Una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control y uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y ansias de consumo.

Por su parte la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2004), señala que la dependencia es:

Un trastorno causado por el consumo de sustancias psicoactivas, que alteran los procesos cerebrales perceptuales, emocionales y motivacionales normales, estas sustancias permiten

experimentar un efecto psicoactivo y altamente reforzante que activa circuitos cerebrales que aumentan la probabilidad de que ese comportamiento se repita.

De igual manera, la APA (2013), define la dependencia física como:

Un estado de adaptación que se manifiesta para cada tipo de droga por un síndrome de abstinencia que se puede producir por un cese abrupto, reducción rápida de la dosis, disminución de los niveles de la droga en sangre y/o administración de un antagonista.

Con relación al término 'adicción' Corominas, Roncero, Bruguera y Casas (2007) lo relacionan como:

Un trastorno psíquico caracterizado por una necesidad compulsiva de consumo de sustancias psicoactivas, con alto potencial de abuso y dependencia que progresivamente invade todas las esferas de la vida del individuo, familia, sociedad, relaciones sociales, trabajo y por un desinterés hacia conductas, experiencias y placeres alternativos que antes habían formado parte de la vida del individuo afectado, todo ello a pesar de las consecuencias negativas que el consumo genera. (p.23)

Llama la atención que a pesar de las consecuencias negativas que genera el consumo de SPA, las cifras continúan en aumento, según el informe más reciente de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) (2015), se calcula que:

Uno de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014, cifra que equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido, se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14%

viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador. (p. 11-12)

En Colombia las cifras no son muy alentadoras, pues según el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) (2015), según la última encuesta realizada en el año 2013 estima que:

Cerca del 12.2% de los colombianos consume algún tipo de sustancia ilícita, en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas para el Departamento de Santander, la información según los estudios más recientes de la (ODC) (2015), el 85,7 % han consumido alcohol alguna vez en la vida, 38,5 % cigarrillo, 32,8 % bebidas energizantes, 1,4% tranquilizantes y 0,5% opioides. El 7,6% de las personas respondieron haber consumido alguna sustancia ilícita, el mayor consumo lo presentó la marihuana con el 6,1 %, seguido por el consumo de cocaína 1,7% y bazuco 0,5%. (p. 21)

Sobre lo anterior y en relación a las cifras, el cannabis es la sustancia ilegal más consumida a nivel mundial. Bobes y Calataf (2000) refieren que “diversos fenómenos sociales han hecho aminorar toda la alarma social vinculada al uso del cannabis, consiguiendo una imagen social de droga que no causa problemas potenciándose la idea del cannabis cómo una droga recreativa” (p.8).

Por su parte Quiroga (citado por Bobes y Calataf, 2000) afirman que “aunque el consumo ocasional de cannabis no acarrea consecuencias orgánicas graves se han descrito diversas complicaciones en diferentes órganos y sistemas (aparato respiratorio, sistema inmune, función gonadal y reproductora, efectos sobre el feto, etc.) asociadas a su uso regular” (p.10).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006), considera que el consumo de cannabis incide negativamente en la salud mental porque puede ocasionar un síndrome de dependencia, similar al de otras drogas, inducir psicosis, causar un síndrome amotivacional, y exacerbar el

curso de la esquizofrenia, así como precipitar su inicio. De igual manera, Gutiérrez, De Irala y Martínez (2006) consideran que el consumo frecuente de cannabis se asocia con:

Una conducta desadaptativa, los sucesos triviales pueden parecer sumamente interesantes o graciosos, dentro de los efectos del consumo de cannabis están las sensaciones intensas de sed o hambre, deterioro de la memoria a corto plazo lo que podría dificultar la realización de tareas complejas. El uso crónico del cannabis duplica el riesgo de aparición de síntomas psicóticos y de esquizofrenia lo que posibilita que el desarrollo de esquizofrenia en consumidores de cannabis pueda ser hasta seis veces más alto que en los que no consumen.

(p. 2)

Por su parte Tziraki (2012) refiere que el consumo de cannabis en dosis altas puede: producir efectos en la esfera mental, que empiezan con una moderada ansiedad y depresión y pueden llegar hasta la crisis de angustia e ideación paranoide con ideas delirantes o alucinaciones, con despersonalización y desrealización existiendo evidencias de que el uso crónico de la droga duplica el riesgo de aparición de síntomas psicóticos y de esquizofrenia.

(p. 752)

De igual manera, Fernández, Fernández, Secades y García (2011) indicaron que:

Dentro de los riesgos asociados al consumo excesivo de cannabis parece existir un riesgo para la salud mental para aquellos consumidores habituales con cierta vulnerabilidad o predisposición, en quienes el consumo incrementa significativamente los riesgos de presentar trastornos mentales, particularmente psicóticos, a menor edad de inicio y mayor cantidad de droga consumida, mayor es la probabilidad de presentar daños. (p.187)

La aparición de estos síntomas según la American Psychiatric Association. (APA) (2013), sugiere:

Una relación del cannabis con trastornos psiquiátricos como la psicosis, la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, dentro de estos aparece el trastorno psicótico inducido por el consumo de sustancias, el cual los criterios diagnósticos son A. Presencia de uno o los dos síntomas siguientes: 1. Delirios 2. Alucinaciones. B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de (1) y (2): 1. Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición a un medicamento. 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A. C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno psicótico independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas de un trastorno psicótico independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos). D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento. (p. 110)

Por otra parte, según Tziraki (2012) en base a diferentes estudios de neuroimagen en los cuales se evidencia que:

El consumo prolongado de cannabis podría ser responsable de una disminución en el volumen cerebral por pérdida de neuronas inhibitorias, sobre todo en la zona del neocórtex implicada en los síntomas psicóticos. Dichos cambios cerebrales se reflejan en bajo rendimiento en el desarrollo de test neuropsicológicos, tareas demandantes relacionadas con la atención y

concentración, la memoria, y funciones como la inhibición y la toma de decisiones, que requieren un control ejecutivo elevado. (p.753)

En relación con lo anterior, el consumo de cannabis según Becoña y Cortes (2016) afirman que el uso de esta sustancia puede:

Provocar o facilitar la aparición en sujetos predispuestos. Los trastornos de ansiedad y los depresivos son los más frecuentes, en sujetos diagnosticados con trastorno bipolar, el consumo de cannabis puede facilitar fases depresivas, pero, sobre todo, maníacas, así como favorecer la aparición de trastornos psicóticos. Se calcula que, el riesgo de padecer psicosis se duplica cuando se consume cannabis. Otros cuadros psicopatológicos relacionados con el consumo de cannabis son el síndrome amotivacional, los episodios de intoxicación y delirium, la aparición de fenómenos de flashback, así como cambios conductuales y de personalidad son también relativamente habituales los episodios psicóticos breves o psicosis inducidas por cannabis y es consistente la relación entre esquizofrenia y consumo de cannabis (p. 208).

En cuanto a las consecuencias del consumo de cannabis a nivel físico Lomba y Duran, (2017) aseguran que:

El consumo crónico por vía fumada genera una alteración de la función de las vías respiratorias, lo que produce una obstrucción del flujo de aire que se ha asociado a bronquitis y enfisema e, incluso, podría incrementar el riesgo de carcinoma pulmonar. (p. 16)

Por otro lado, según Ballesteros y Sarmiento (2014) “la posibilidad que existe para que un individuo se vuelva abusador o dependiente de una o más sustancias, radica en la interrelación que hay entre la sustancia consumida, el consumidor y el ambiente en el que vive” (p.34).

En cuanto a la etapa de mayor riesgo para el inicio de consumo de sustancias, Martínez, et al., (2007) considera:

La etapa de adolescencia es la de mayor riesgo para el inicio de consumo de sustancias lo que podría implicar complicaciones médicas a corto y largo plazo que pueden ser irreversibles, a su vez el consumo de sustancias trae consecuencias psicosociales tales como consumo de otras sustancias, fracaso académico e irresponsabilidad que ponen al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras y suicidio. (p.216)

También, Becoña (2000) refiere que:

Es la adolescencia una edad crítica para la formación de la persona en la que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. La búsqueda de autonomía e identidad se ve influenciada por su historia personal, apoyo familiar, grupo de amigos y existencia o no de problemas. (p.27)

De acuerdo con Petterson (citado por Becoña 2000) algunos de los factores de riesgos para el consumo son:

Historia familiar de alcoholismo, problemas en las relaciones familiares, uso de drogas por parte de los padres, tener amigos que consumen drogas, conducta antisocial en la adolescencia temprana, alienación y rebeldía, exceso de tiempo libre, facilidad de acceso a las sustancias, crisis familiares no transitorias como divorcio, enfermedades crónicas o muerte en uno o ambos padres, hostilidad excesiva y violencia doméstica. (p.30)

De igual manera, otro factor que podría influir en el inicio y mantenimiento del consumo, es el maltrato físico, según Pino, Herruzo y Morales (citado por Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque, 2009):

Las consecuencias de mayor impacto en la vida de las víctimas del maltrato físico infantil tienen que ver con su desarrollo psicológico; evidenciándose dificultades en el desarrollo del concepto de sí mismos, su autoimagen y autoeficacia. Igualmente, se presenta gran dificultad

para reconocer y expresar sus propios sentimientos, pierden la espontaneidad y atribuyen la causa de todo lo que les sucede a factores externos. (p.129)

Con referencia a lo anterior Beck (citado por Gantiva et al. 2009) afirma que:

Las personas que recibieron malos tratos en la infancia no tienen una adecuada percepción, organización y procesamiento de la información, lo cual se manifiesta en el momento en el que llevan a cabo una tarea cognitiva; influyendo tanto en la manera de actuar, pensar y tomar decisiones a lo largo de la vida. (p.129)

De acuerdo con McDevitt, Lennon y Kopriva (citados por Fantin, y García 2011) “durante la niñez y adolescencia los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de los valores sociales y en el fomento para adoptar actitudes prosociales y respuestas empáticas” (p.194).

Por su parte, Fernández (citado por Fantin y García 2011) afirma que:

La existencia de problemas de relación en la familia y sus consecuencias en el clima familiar y en diversas variables individuales de los hijos, se ha señalado, ya desde las primeras aproximaciones, como uno de los principales desencadenantes del aumento de la frecuencia del consumo de SPA. (p.195)

En relación a los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias Mosqueda y Carvalho (2011) refieren que:

Familias disfuncionales podrían constituir un ambiente propicio para que los jóvenes inicien el consumo de SPA, debido a que la ausencia de imagen de autoridad y de normas de comportamiento puede conducir al desarrollo de personalidades vulnerables y fácilmente influenciadas, la familia posee una estructura, organización, jerarquización y patrones de interacción que condicionan el comportamiento de sus miembros. Generando así una mayor

vulnerabilidad en sus integrantes, siendo potencialmente influyentes y/o favorecedoras del consumo de drogas. (p. 791)

De igual manera, Medina y Carvalho (2010) infieren que “la familia puede favorecer o desestimular el consumo de drogas. Una familia permisiva y sin normas claras puede convertirse en un factor que propicia el consumo” (p. 506).

Considerando las repercusiones que genera el consumo de cannabis y con el fin de aportar hacia la recuperación de la adicción y sus implicaciones y considerando a Ruiz, Díaz, Villalobos (2012) afirma que para el manejo de este tipo de problemática las terapias más utilizadas son las: Terapias Conductuales y Cognitivo-conductuales – TCC, las cuales han sido las más estudiadas y utilizadas en el tratamiento de los trastornos adictivos, La TCC trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. (p.33)

Por su parte, Cuevas (citado por Travé y Pousa, 2012) afirma que el objetivo de la terapia es:

Incrementar la comprensión del trastorno psicótico en el consultante, reducir la presencia de ansiedad y depresión, y la prevención de futuras recaídas, disminuir el estrés que produce la experiencia psicótica, bien a través de la reducción de la severidad de los delirios y de las alucinaciones en algunos de sus parámetros cuantitativos, incrementando la tolerancia a la presencia de las experiencias psicóticas de manera que la persona se distancie de ellas y pueda dirigir su atención a la mejora de su calidad de vida. (p. 49)

Teniendo en cuenta lo anterior y consciente de las implicaciones a nivel individual, familiar y social del consumo de cannabis, y en el marco de la práctica clínica de la especialización en

psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana – UPB, el caso clínico seleccionado para la realización de la monografía, se desarrolló en la Clínica San Pablo S.A; en la ciudad de Bucaramanga con un adolescente de 19 años de edad quien cumple los criterios del DSM-5 para trastornos psicótico inducido por el consumo grave de cannabis, con el cual se realizó la intervención psicoterapéutica mediante el enfoque cognitivo conductual, con el fin de modificar las creencias delirantes y reforzar estrategias de control emocional.

El procedimiento utilizado fue similar al descrito por Chadwick, Birch-wood y Trower (1996) citado por Perona y Cuevas (2002) “en el que se destaca el abordaje de las evidencias de las creencias delirantes, la disputa verbal de la coherencia interna de los delirios y la formulación de una nueva concepción de los síntomas” (p. 324).

Objetivos

Objetivo general

Desarrollar un proceso de evaluación e intervención clínica a un caso de trastorno psicótico inducido por consumo grave de cannabis a través del modelo cognitivo conductual.

Objetivos específicos

Evaluar la gravedad del trastorno presente en el caso clínico a través de la aplicación de batería de pruebas e instrumentos pertinentes.

Diseñar un plan de intervención en base a los resultados obtenidos en la evaluación psicológica

Implementar el plan de intervención diseñado para el caso clínico a partir de la aplicación de técnicas del modelo cognitivo conductual.

Método

Estudio de caso

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006) el estudio de caso es “una investigación en la cual, mediante los procesos cuantitativo, cualitativo y/o mixto se analiza profundamente y de manera integral una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría” (p. 224).

Participante

Consultante masculino de 19 años de edad, bachiller, con aspiraciones de iniciar una carrera profesional, ingresó como voluntario al programa Tratamiento de Rehabilitación en Adicciones (TRAD), de la Clínica San Pablo S.A. en la ciudad de Bucaramanga- Santander, porque hace aproximadamente un mes presenta ideas delirantes, lo que le ha generado un deterioro en el área personal, familiar y social. Inició consumo de sustancias psicoactivas a los 14 años de edad, refiere “quiero salir adelante y dejar atrás todo lo que he vivido”.

Procede de familia monoparental, padre consumidor de sustancias psicoactivas, ausente desde el inicio de la gestación, su crianza ha estado a cargo de la madre, con quien mantiene relación conflictiva.

Instrumentos de exploración

Para el proceso de evaluación clínica se utilizaron los siguientes instrumentos de valoración:

Consentimiento informado. El consentimiento informado consiste en la explicación, al consultante, sobre el proceso terapéutico, riesgos y beneficios de la intervención. (Lorda-Concheiro, 1993). De tal manera que, en relación al consentimiento informado en el Artículo 6, Ley 1616 de 2013 sobre el derecho de las personas a recibir información clara, oportuna, veraz y

completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social. (Congreso de Colombia, 2013).

En este documento, el consultante aceptó libremente iniciar el proceso terapéutico, después de haberle comunicado su situación, se informó el objetivo de la intervención con fines educativos como parte de la práctica de la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana. El formato de Consentimiento Informado cumple con las especificaciones del Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) (2011) (Anexo 1).

Entrevista semiestructurada. Se realizó el contacto inicial con el consultante, se evaluaron datos demográficos, examen mental, red de apoyo, factores precipitantes y determinantes entre otros. La entrevista se realizó como complemento al formato de Historia Clínica psicológica para adultos, de la Universidad Pontificia Bolivariana. UPB.

Historia clínica. La historia clínica es el documento que permite la recolección de información relevante, se utiliza para identificar las necesidades particulares de cada persona, con el fin de planear y ejecutar las acciones hacia el diagnóstico, intervención y tratamiento clínico (Pennie, 2000).

Se realizó el diligenciamiento de historia clínica bajo la normativa del Ministerio de Salud, la cual establece mediante La Resolución 1995 de 1999, que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser

conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (Ministerio de Salud y Protección Social, 1999).

Se utilizó el formato de historia clínica psicológica para adultos, de la Universidad Pontificia Bolivariana. UPB, en el cual se registraron datos relevantes del consultante como datos demográficos, situación actual, aspectos familiares, antecedentes entre otros (ver anexo 2).

Instrumentos de evaluación

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Humeniuk, Henry-Edwards, Ali, Poznyak y Monteiro (2011). Es un cuestionario que consta de ocho preguntas para detectar el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo amfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente) (OMS, 2011) (Ver anexo 5).

El inventario clínico multiaxial de millon II. Tehodore Millon (1987).

Este instrumento fue diseñado para evaluar trastornos de personalidad con el objetivo de tomar decisiones en el tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales. Evalúa 22 escalas clínicas y 4 escalas de validez (Saenz, 2007). (Ver anexo 2).

Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Beck y Steer (2011).

Fue diseñado para medir específicamente la “ansiedad clínica” y el “estado de ansiedad prolongada”. El cuestionario consta de 21 preguntas proporcionando un rasgo de puntuación

entre 0 y 63, siendo 00-21 Ansiedad muy baja, 22-35 Ansiedad moderada, más de 36 Ansiedad severa. (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2011) (Ver anexo 3).

Escala de Síntomas Positivo y Negativo (PANNS). Kay, Fiszbein, Opler, (1987) Consta de 30 ítems; 7 para la escala positiva (PANNS-P), 7 para la escala Negativa (PANNS-N) y 16 para la escala psicopatológica general (PANNS-PG).

Escala positiva (PANSS-P): Evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal; estos son delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad.

Escala negativa (PANSS-N): Evalúa los déficits respecto a un estado mental normal; estos son embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, retracción social/apatía pasiva, dificultad de pensamiento abstracto, falta de espontaneidad/fluidez de la conversación y pensamiento estereotipado.

Escala de psicopatología general (PANSS-PG): Evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el consultante esquizofrénico; estos son preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio e introspección, trastorno de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa.

Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de la escala positiva sobre la negativa o viceversa. (Quintero y Alzate, 2009 p.48) (Ver anexo 6).

Procedimiento

Fase de valoración inicial. Consultante de 19 años de edad en calidad de hospitalizado en la Clínica San Pablo S.A. Se realizó entrevista Semiestructurada, diligenciamiento del consentimiento informado e inicio de la evaluación e intervención terapéutica.

Fase de evaluación. La evaluación del proceso se realizó mediante la aplicación del cuestionario ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), MCMI II (Inventario Clínico Multiaxial de MILLON II) y PANNS, Escala de Síntomas Positivo y Negativo.

Fase de intervención. La intervención clínica se desarrolló mediante el enfoque cognitivo conductual con un total de 12 sesiones, se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivos terapéuticos

Objetivo general.

Reforzar habilidades de afrontamiento que le permitan disminuir el malestar asociado a su problemática, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y la relación con los demás.

Objetivos específicos.

Reducir la frecuencia y duración de ideas delirantes, pensamientos negativos y/o preocupaciones.

Brindar herramientas que le permitan desarrollar estrategias en la solución de problemas.

Desarrollar habilidades de comunicación que le permitan expresar adecuadamente sus pensamientos y sentimientos.

Para obtener los objetivos mencionados se emplearon las siguientes técnicas:

Psicoeducación. Consiste en explicar de forma breve el modelo teórico de trabajo, informando al paciente sobre su problemática. Esta técnica resulta de mucha utilidad en la búsqueda de adherencia al tratamiento y aumento en la motivación, factor crucial para el éxito terapéutico. El objetivo es que el consultante logre entender lo que le pasa y note que el terapeuta también logra comprenderlo en su padecer (Bulacio, Vieyra, Álvarez, y Benatuil, 2006).

Diálogo socrático. Es una técnica que consiste en provocar una disonancia cognitiva, según Festinger (citado por Partarrieu, 2011) “A través del descubrimiento guiado del terapeuta, mediante preguntas sistemáticas se ponen en evidencia los errores lógicos, en la forma de procesar la información y de esta manera producir cambios emocionales y conductuales en el individuo” (Partarrieu, 2011 p. 180).

Detención de pensamiento. La técnica de detención del pensamiento o parada del pensamiento, consiste en interrumpir y modificar los pensamientos indeseados, el propósito es detener los pensamientos negativos gritando "¡Alto!" cuando estos se presenten, y de esta manera disminuir emociones negativas (González, 2009).

Entrenamiento en solución de problemas. El objetivo de esta técnica es identificar y resolver los problemas actuales ya que estos son antecedentes de respuestas desadaptativas D’Zurilla (citado por Badus y García, 2014).

Para el proceso de resolución de problemas existen cinco habilidades básicas, estas son: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión y aplicación de la solución y comprobación de su utilidad (Badus y García, 2014).

Entrenamiento en habilidades comunicativas. Tiene como finalidad mejorar los procesos lingüísticos y generar habilidades en el lenguaje, que permitan la participación asertivamente en el proceso de comunicación.

El Desarrollo de habilidades asertivas, permite la expresión de pensamientos sin molestar a los demás. Es la forma acertada de pedir lo que se necesita. Esta habilidad también incluye el dominio de la expresión de impresiones sobre las acciones o pensamientos de otra persona y, además, abarca la coherencia del discurso.

Cuidar algo más que las palabras. Atender al gesto, a la postura, a todos esos elementos del lenguaje no verbal que, algunas veces, lo contradicen y generan situaciones de ambigüedad en la comprensión del mensaje (Crespo, 2011, p.95).

Relajación muscular progresiva de Jacobson. Esta técnica fue desarrollada por Edmund Jacobson en 1939.

Tiene como finalidad mostrar las diferentes sensaciones que emergen en el tejido muscular activado y en consecuencia requieren por el contrario una intensidad de contracción en continua reducción, para cumplir con su propósito. Incrementando de este modo su control sobre la musculatura voluntaria. (Payne, 2005, p. 63).

Prevención de Recaídas. La terapia de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, según Marlatt (citado por Acuña, 2009) comprende una serie de estrategias que buscan:

Disminuir el riesgo de reinicio de la conducta adictiva, así como la disminución de su intensidad en caso de que el paciente retome el hábito. La prevención de recaídas combina en un solo programa tanto el entrenamiento en habilidades conductuales, como la reestructuración cognitiva y la implementación de cambios en el estilo de vida del paciente. (p. 7)

Formulación del caso clínico

Datos socio demográficos

Nombre del consultante. JEQ

Edad. 19 años

Ocupación. Estudiante

Curso escolar actual. bachiller

Lugar de nacimiento. Bucaramanga

Estrato. Dos

Domicilio. Residente en Centro Clínico

Antecedentes psiquiátricos. Cuadro psicótico inducido por consumo de cannabis hace 2 meses

Tipología familiar. Familia monoparental

Descripción del área familiar

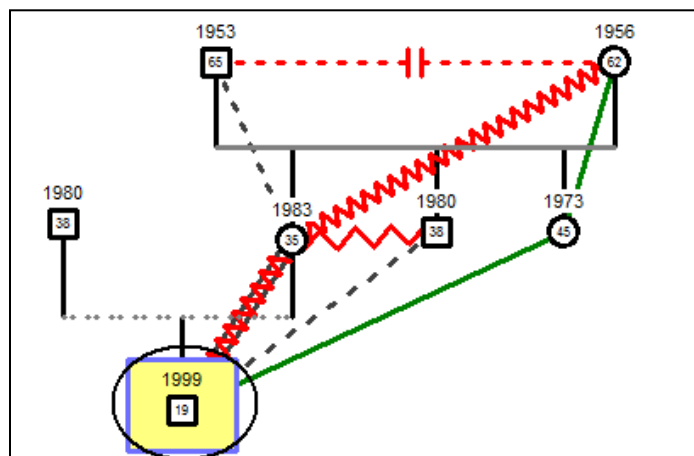


Figura 1: famiograma del consultante "JEQ"

JEQ es hijo único de madre soltera, desconoce a su padre; mantiene relación conflictiva con su madre, con quien se ha presentado maltrato físico y verbal, relación distante con sus abuelos maternos. Sostiene relación cercana con su tía materna y distante con su tío materno.

Actualmente es residente en centro clínico de rehabilitación.

Motivo de consulta. El consultante refiere: “deseo salir adelante y dejar atrás todo lo que he vivido”

Descripción del motivo de consulta. Refiere que nunca pensó que el consumo de marihuana hiciera tanto daño en su salud mental, que siente como si fuera otra persona, que quiere recuperarse y retomar su vida, aprovechar el tiempo para estudiar y para recuperar la relación con su madre.

Problema. Consultante que presenta delirios de tipo erotomáxico y persecutorio, refiriendo “soy el novio de Jessica Cediel”, “ella me envía mensajes por las redes sociales” y “por eso el novio de ella me quiere matar”, “manda a seguirme” y “veo mensajes ocultos en el color de la ropa, las placas de los carros, algunas frutas”. Problemática asociada al consumo de cannabis, generado por el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas y a dificultades en su relación familiar, situación que le ha originado deterioro en sus relaciones personales, interpersonales y sociales.

Descripción del problema. JEQ de 19 años de edad se encuentra en calidad de hospitalizado en la clínica San Pablo porque hace aproximadamente 20 días viene presentando delirios de tipo erotomáxico y persecutorio, refiere haber estado consumiendo marihuana por cinco años consecutivos con una intensidad de 3 veces al día, refiere que quiere dejar atrás el consumo y volver a ser la persona que era antes. En ese orden de ideas, el consultante manifiesta haber permanecido durante su adolescencia en la casa solo durante el día, lo que lo conllevó a

experimentar aburrimiento, sentimientos de abandono, bajos estados de ánimo, ansiedad y menosprecio; siendo ésta una de las causas principales en la búsqueda de nuevas sensaciones que contrarrestaran los sentimientos negativos experimentados, dando inicio al consumo de sustancias psicoactivas.

Historia personal. JEQ es hijo de madre adolescente, quien en su momento no se encontraba en condiciones físicas, psicológicas, emocionales y económicas adecuadas, motivo por el cual su proceso de gestación se dio en condiciones poco apropiadas; por otro lado, se logra establecer que el padre del consultante presenta antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas, persona que desconoce el consultante. Su crianza ha estado a cargo de su madre, de donde se puede evidenciar en un estilo autoritario, en el cual la necesidad de control expresada como reafirmación de poder, sin explicación razonable de las normas sino impuestas, utilizando castigos y amenazas como método para moldear el comportamiento del consultante, siendo el control, la violencia, la falta de comunicación, la carencia emocional y afectiva características notorias en la relación madre e hijo, llegando a presentarse maltrato físico y verbal.

Por otro lado, JEQ refiere haber sido un buen estudiante, le gusta relacionarse con los demás, se considera una persona sociable, aunque no le gusta que se inmiscuyan mucho en su vida. A la edad de 14 años inicia el consumo de cannabis con unos compañeros del colegio; refiere haber iniciado el consumo por curiosidad y desde ahí, ha persistido en esta conducta, incrementando cada vez más el consumo hasta llegar a hacerlo tres a cuatro veces al día.

Refiere que consumir hace que olvide los problemas con su madre y lo hace sentirse relajado. Hace aproximadamente dos (2) meses se presentó el primer episodio psicótico, por el cual permaneció hospitalizado por tres días, durante los cuales se manejó con antipsicóticos, posterior a esto recae en el consumo excesivo de cannabis. Un mes después presentó cuadro psicótico en

el que predominaban delirios de tipo persecutorio y erotomaníaco. Esta situación hizo que él decidiera internarse y recibir tratamiento.

Evaluación sincrónica. Consultante orientado en persona, tiempo y espacio, sin signos presentes de ansiedad, ni ideación suicida, lenguaje claro con presencia de ideas delirantes, adecuada presentación personal, consiente de su situación actual, red de apoyo familiar conformada principalmente por su madre y por una tía materna, quienes se encuentran al tanto de la situación, no cuenta con pareja estable, aunque se considera de “buenas con las mujeres”, refiere ser una persona sociable, terminó sus estudios de bachillerato y en ocasiones trabajaba con su mamá como vendedor ambulante de ropa, refiere que desde que iniciaron los delirios su vida no es igual, se siente atemorizado y sin deseo de salir de su casa, esta situación le genera tristeza y preocupación y expresa que “aunque me advirtieron que el consumo de marihuana era malo no hice caso, y ahora estoy en este problema”. Es consciente de la necesidad de ayuda profesional para superar su situación y poder continuar con su vida.

Evaluación diacrónica. Se logró identificar que el consultante es hijo único de madre adolescente y padre con problemas de alcoholismo y consumo de sustancias, proviene de familia monoparental, en donde predominó el estilo de crianza autoritario, falta de comunicación, rechazo, desaprobación, violencia y ausencia afectiva, lo que generaron en el consultante sentimientos de odio, rabia, impotencia, baja autoestima y ausencia de estrategias de afrontamiento causando el inicio y mantenimiento del consumo.

Factores de predisposición. Asociados a estilo de crianza autoritario y maltrato, padre consumidor de sustancias psicoactivas.

Factores de adquisición. Edad de inicio en el consumo de sustancias (adolescencia), en el

barrio en el que reside el joven es fácil acceder a la sustancia. Por otra parte, el consultante forma parte de un grupo conformado por jóvenes que comparten las mismas adicciones.

Factores de mantenimiento. Escaso autocontrol emocional. Reforzamiento obtenido por el consumo de sustancias y grupo de amigos consumidores. Por otro lado, la ausencia de afectividad y comunicación familiar, especialmente la relación conflictiva con progenitora.

Factores protectores. Deseo de superación personal, construcción proyecto de vida, reconocimiento de talentos, habilidades y destrezas, apoyo familiar. Además, el deseo de dejar el consumo de sustancias, y el deseo de mejorar la relación con su madre.

Dominios

Emocional afectivo. Falta de comunicación con su madre, maltrato físico y verbal, escasa expresión afectiva.

Cognoscitivo verbal. Refiere dificultad para recordar ciertos acontecimientos de su vida.

Interacción. Consultante con aparente adherencia al tratamiento, respetuoso y cumplidor de las normas de la institución, con algunas dificultades en la interacción con sus compañeros, debido al uso de lenguaje inadecuado, lo que provoca rechazo e inconformidad en los demás.

Repertorios relacionados a salud. Preocupación por la aparición de ideas delirantes, teme por su salud mental.

Contextos

Académico Laboral. Hizo estudios hasta culminar el bachillerato, refiere tener experiencia laboral en ventas, pero fue despedido de su último empleo por presentar comportamiento extraño debido a las ideas persecutorias.

Familiar. La relación con su madre ha sido conflictiva por el tipo de estilo de crianza autoritario que ella ha manejado, refiere tener una buena relación con una tía materna quien lo escucha y le da consejos.

Pareja Sexual. Inicio actividad sexual a los 15 años de edad, heterosexual, actualmente no tiene pareja, sin embargo, ha tenido varias parejas estables, con deseo de superar su problemática y más adelante poder formar una familia.

Condiciones Ambientales. En el barrio donde residía refiere consumo frecuente de sustancias psicoactivas.

Estímulos Discriminativos. Problemas con su madre, tristeza, rabia, frustración, amigos consumidores.

Formulación de hipótesis

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática multicausal, que se ha intentado explicar desde los distintos modelos y teorías, una de las teorías más utilizadas en el campo de las drogo dependencias es la teoría del aprendizaje, propuesta por Bandura.

Becoña (2007) refiere que “la teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue las leyes del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social.” (p.17).

En concordancia con lo anterior, según las expectativas individuales y sociales, los modelos, las interacciones directas con la sustancia y las características individuales permiten entender y comprender la adquisición, el mantenimiento y el control del comportamiento del consumo. Esta

teoría se centra en la interacción entre el comportamiento, el individuo y el medio ambiente. (Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque, 2010 p.364)

De esta manera el aprendizaje sería el producto de determinantes internas, externa y sociales (Reyna, 2015).

Al respecto, la conducta de consumo en el consultante, estaría influenciada por factores internos, relacionados a antecedentes genéticos (hijo de padre consumidor), ausencia de estrategias de afrontamiento, poca tolerancia a la frustración, falta de autoestima; externos como dificultades en la relación familiar, modelo parental negativo, exceso de tiempo libre y sociales como la edad, accesibilidad a la sustancia y aceptación social. Utilizando, el consumo de cannabis para evitar sentimientos de frustración, rabia e impotencia generados por el malestar en su relación familiar, siendo esta una estrategia de afrontamiento evitativa, reforzada a través de los efectos de la sustancia, aceptación social por parte del grupo de pares y con la disminución de sentimientos negativos.

Por su parte, según Butters et al. (2002), (citado por Jiménez, Musitu y Murgui, 2008) afirman que:

La familia ha sido uno de los contextos en el que los investigadores han localizado un mayor número de factores de riesgo y protección en relación con el consumo de sustancias de los adolescentes. Se ha observado que las pautas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el excesivo castigo o el consumo de los propios padres, influyen directamente en el consumo de sustancias de los hijos. (p. 140)

Por consiguiente, el estilo de crianza autoritario en el cual predomina el control, la violencia, la desaprobación y la falta de comunicación, pudo haber generado en el consultante baja autoestima e inseguridad, originando en él una serie de carencias, las cuales pretende suplir con

el consumo de cannabis. Según Fernández, Fibra, Graña y Esbec (2000) “esta situación se convierte en un círculo vicioso en el que la sustancia se convierte en la estrategia para afrontar dichos conflictos y los efectos que produce acaban por potenciarlos” (p.104).

En consecuencia, el abuso continuado de cannabis le causó al consultante sintomatología de tipo psicótica, presentado delirios de contenido erotomaniaco como “soy el novio de Jessica Cediél”, “ella me envía mensajes por las redes sociales”, “ella vino a Bucaramanga y salimos a bailar” y persecutorios como “el novio de Jessica Cediél me quiere matar”, “el ya se dio cuenta que ella lo engaña conmigo”, “me envía mensajes ocultos a través de los colores y de las placas de los carros”. Esta situación le ha generado malestar emocional y dificultades en sus relaciones interpersonales, familiares y sociales. Se descartó esquizofrenia por la ausencia de sintomatología negativa como aislamiento, apatía, deterioro cognitivo y ausencia de síntomas psicóticos fuera de la época de consumo.

Al respecto, Bahamondes (2016) afirma. “que las características más útiles al momento de diferenciar un episodio psicótico inducido por cannabis de un brote esquizofrénico, serían los antecedentes familiares de drogodependencia y la personalidad previa, mas no las características clínicas sintomáticas (p.349).

Impresión diagnóstica

Como resultado de la evaluación, se logró identificar que el consultante cumple con los criterios del DSM - 5 para Trastorno psicótico inducido por el consumo grave de Cannabis, (F12.259) con inicio durante la intoxicación, los criterios establecidos son los siguientes:

Criterio A. Presencia de uno o los dos síntomas 1. Delirios, 2. Alucinaciones. Criterio B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física las pruebas de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas de Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición a un medicamento. 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A. C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno psicótico independiente pueden incluir lo siguiente; Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (p.ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas de un trastorno psicótico independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p.ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos). D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento. (American Psychiatric Association, 2014, p. 110)

Plan de intervención. Teniendo en cuenta el diagnóstico del consultante, se diseñó un plan de intervención el cual consistió en 12 sesiones de aproximadamente 45 minutos, con el objetivo de reforzar habilidades de afrontamiento que le permitan disminuir el malestar asociado a su problemática, mejorar su calidad de vida y la relación con los demás, para lograrlo se utilizaron en el orden de aplicación las siguientes técnicas del modelo cognitivo conductual:

Psico-educación. Proporcionar al consultante información específica sobre el trastorno. Identificación del problema y situaciones de riesgo.

Detención del pensamiento. Reducir la frecuencia y duración de ideas delirantes, pensamientos negativos y/o preocupaciones.

Solución de problemas. Brindar herramientas que le permitan desarrollar estrategias en la solución de problemas.

Habilidades comunicativas. Desarrollar habilidades de comunicación que le permitan expresar adecuadamente sus pensamientos y sentimiento.

Relajación de Jacobson. Reducir la tensión física o mental que le permitan reducir niveles de estrés, ansiedad o ira.

Prevención de Recaídas. Mantener la abstinencia y los cambios en su estilo de vida, evitando el retorno a su comportamiento adictivo.

(Ver anexo 8 para visualizar la intervención sesión por sesión realizada)

Resultados de la Intervención

Con el objetivo de evaluar el tratamiento se realizó la aplicación de pruebas antes y después de la intervención (fase pre-test y fase pos-test). Cabe anotar que el consultante en el momento de la intervención clínica se encontraba en ambiente controlado, como parte del Programa de Rehabilitación en Adicciones-TRAD, interno en la Clínica San Pablo, los instrumentos de evaluación aplicados fueron los siguientes:

Prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias - OMS-ASSIST V3.O. (OMS, 2013). El resultado de la aplicación de esta prueba, en la fase Pre-Test indicó la siguiente puntuación: 36 puntos en consumo de cannabis presentando así un nivel de riesgo alto en el consumo de esta sustancia, cocaína 9, alcohol, 6, tabaco 2, e inhalantes 2.

De esta manera, se logró evidenciar preferencia del consultante por el cannabis, sustancia que ha consumido desde los 14 años edad y que pudo haberle generado el trastorno psicótico que presenta debido al consumo persistente y compulsivo de la sustancia.

Así mismo, se estableció preferencia por el consumo de cannabis frente a las otras sustancias, evidenciándose que el consultante registra un riesgo alto de presentar problemas graves de salud, sociales, económicos, legales entre otros, estos derivados de su patrón actual de consumo (OMS, 2010). Al respecto Parolaro (citado por Tziraki, 2012) refiere que:

El consumo de cannabis si constituye un factor de riesgo para la aparición de síntomas psicóticos y para la esquizofrenia, y que las características del cerebro adolescente (aún en desarrollo) hacen que los jóvenes de esas edades sean más vulnerables a los efectos del THC. (p. 752)

En cuanto al tratamiento sugerido para cada puntuación, se recomienda realizar tratamiento intensivo por consumo de cannabis e intervención breve para tabaco, alcohol, cocaína e inhalantes.

Después del proceso de intervención clínica se realizó la fase Pos-Tes, evidenciándose disminución en el consumo y ansiedad así: cannabis 9 puntos, alcohol 3 y 0 para las demás sustancias. (Ver Figura 2).

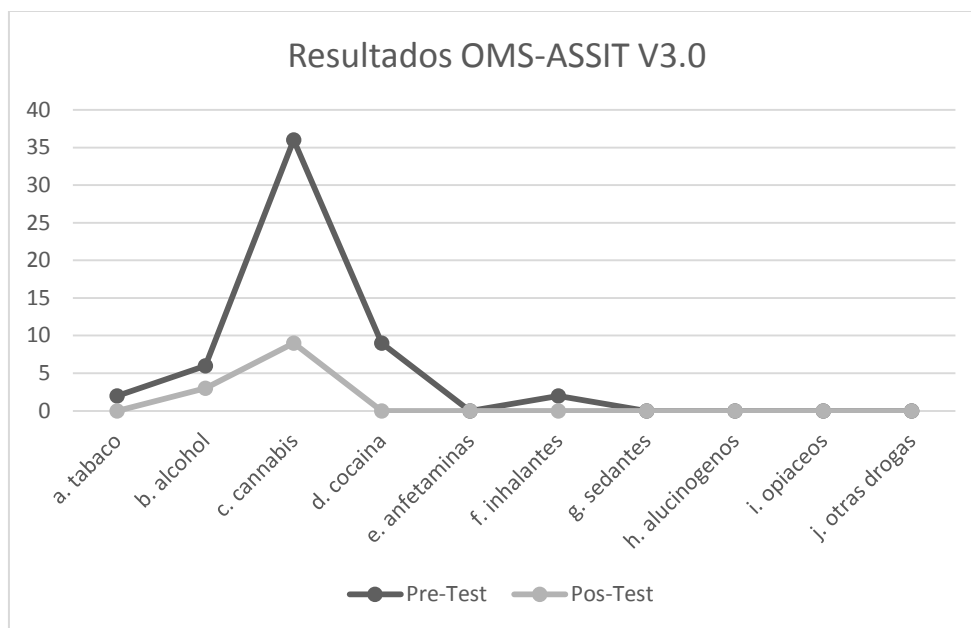


Figura 2. Evaluación Pre-test/ Pos-test. OMS-ASSIST V3.0 Prueba de detección del consumo.

El inventario clínico multiaxial de Millon II / Tehodore Millon (1987). Los resultados obtenidos en el pre-test y el pos-test se exponen en la Figura 3. En donde se evidencia una leve disminución en las diferentes escalas. Se identifica en el consultante rasgos de personalidad antisocial, lo que según López y López (2003) “se caracteriza por impulsividad, atrevimiento, tensión emocional, inconsciencia ante las normas, ansiedad y bajo autocontrol” (p. 16).

Por otro lado, se observa que el consultante presenta sospecha de psicosis debido a la presencia de delirios, además de trastorno severo por consumo de drogas, siendo estos los síndromes clínicos de mayor gravedad, es posible que los resultados tengan relación con el maltrato físico y emocional que vivió en la infancia debido al estilos de crianza autoritario por parte de su madre en el cual, según Torio, Peña, Inda (2018) predomina:

Un modelo rígido, en donde la obediencia es considerada una virtud y en donde se favorecen las medidas de castigo o de fuerza, restringiendo la autonomía. No sienten la necesidad de explicar los motivos de sus actuaciones, por lo que se prescinde del diálogo y éste se sustituye

por la rigidez en el comportamiento. Los padres hacen uso frecuente de los castigos, reducen la iniciativa y espontaneidad, a la vez que fomentan comportamientos hostiles en los hijos, por lo que la distancia y la falta de comunicación se hace cada vez mayor. (p.66)

Teniendo en cuenta lo anterior, el estilo de crianza sería un factor precipitante para el inicio de la conducta de consumo de cannabis y posteriormente el trastorno psicótico inducido por el consumo grave de cannabis.

Con respecto a la aplicación del Post test, se evidencia una leve disminución en los siguientes puntajes antisocial pre-test 108; post-test 104, abuso de drogas pre-test 108; post-test 106, pensamientos psicóticos pres-test 86; pos-test 78. Lo cual se puede explicar como consecuencia de la intervención psicológica realizada con el consultante.

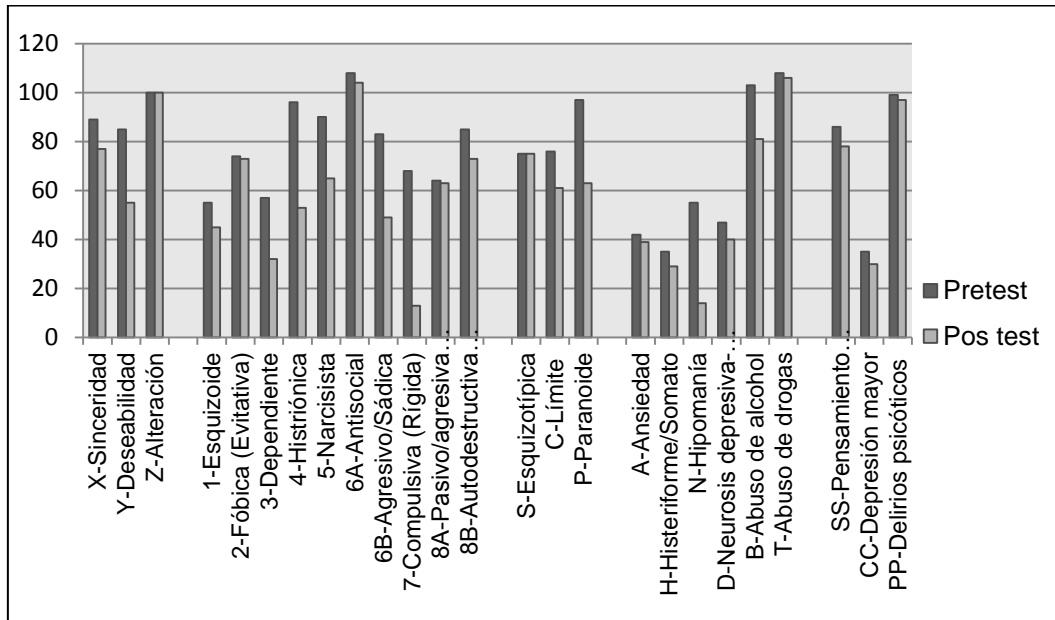


Figura 3. Evaluación Pre-test/ Pos test. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II

Inventario de ansiedad de Beck (BAI): Aaron T. Beck y Robert A. Steer. (2011)

En la Figura No. 4 se puede identificar que el consultante presentó una puntuación de 17 puntos en pre-test y 7 puntos post-test, lo que lo ubica en el rango de ansiedad muy baja. Se debe tener en cuenta que el consultante se encontraba en tratamiento farmacológico como parte del programa de rehabilitación en la Clínica San Pablo.

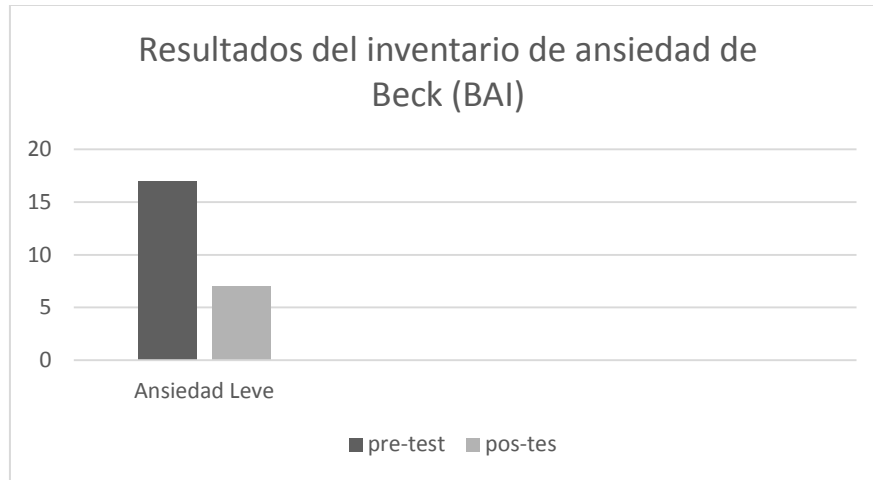


Figura 4. Evaluación Pre-test/ Pos test. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Escala de síntomas positivo y negativo - PANSS: Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, (Ver figura 5).

Se evaluó al consultante obteniendo los siguientes resultados en las diferentes escalas. Síndromes Positivos (PANSS-P) pre-test 14 puntos; pos-test 7, Síndrome Negativo (PANSS-N) pre-test 9 puntos; pos-test 7, Psicopatología General (PANSS-PG) pre-test 18 puntos; pos-test 22 Escala Compuesta (PANSS-C) pre-test 5; pos-test 0 puntos. Se descartó esquizofrenia por la ausencia de sintomatología negativa como aislamiento, apatía, deterioro cognitivo y ausencia de síntomas psicóticos fuera de la época de consumo.

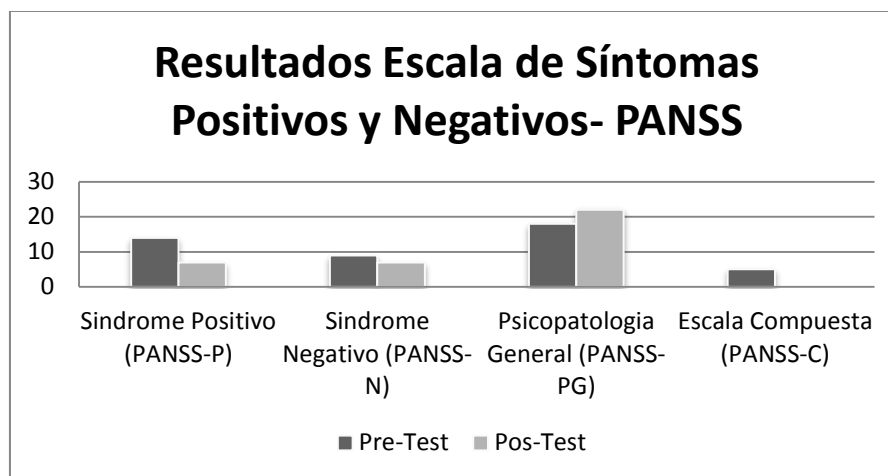


Figura 5. Evaluación Pre-test/ Pos test. Escala de Síntomas Positivos y Negativos PANSS

Las evidencias obtenidas mediante la evaluación y la aplicación de pruebas pre-test y pos-test, permitió el diagnóstico y el plan de intervención, con el objetivo de disminuir las ideas delirantes y generar en el consultante estrategias de afrontamiento. Desde el enfoque Cognitivo Conductual se utilizaron las técnicas de psicoeducación, dialogo socrático, detención del pensamiento, entrenamiento en solución de problemas y habilidades comunicativas, relajación muscular de Jacobson y prevención de recaídas.

En este sentido, las técnicas de psicoeducación y dialogo socrático, se emplearon con el objetivo de brindar información sobre el trastorno, refutar ideas delirantes y de esta manera poner en evidencia errores en creencias y pensamientos. El consultante logró comprender y reconocer que las ideas psicóticas eran producto de una alteración del pensamiento y que en su caso esta alteración fue debido al abuso de cannabis, esto le permitió generar reflexiones sobre el daño que se estaba ocasionando y las implicaciones del abuso del cannabis.

Con respecto, a la técnica de detención del pensamiento, se utilizó con el propósito de disminuir la frecuencia y duración de pensamientos negativos e ideas delirantes. Así mismo, la técnica de solución de problemas utilizada fue la de D'Zurilla (citado por Badus y García, 2014),

quien considera que para el proceso de resolución de problemas existen cinco habilidades básicas, estas son, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión y aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. (Bados y García, 2014).

En cuanto a habilidades comunicativas se orientó al consultante, hacia el reconocimiento de los elementos para una comunicación asertiva y una adecuada expresión de pensamientos. Al realizar la intervención en resolución de problemas y habilidades comunicativas se logró identificar sentimientos de rechazo hacia su madre debido a los maltratos que vivió en la niñez y al estilo de crianza que mantuvo, en el que primaba el maltrato físico y verbal y escaseaba la comunicación y el contacto afectivo. Se realizó intervención con su madre y está logra reconocer que la situación en la que se encuentra su hijo es producto de la mala relación y se compromete a ser más receptiva ante las necesidades de su hijo y a utilizar el dialogo como herramienta para solucionar los conflictos que se puedan presentar al interior de su familia. En ese orden de ideas, se realizaron compromisos mutuos de respeto, solidaridad, perdón, dialogo con el fin den mantener una relación funcional madre e hijo.

De acuerdo a la relajación de Jacobson estuvo orientada a la disminución de la tensión y a la búsqueda de nuevas formas de autocontrol. De igual manera, se trabajó en un plan de estrategias frente a posibles recaídas, anticipándose a situaciones que se pudieran presentar al salir del proceso de intervención.

Discusión

A través de la intervención desarrollada, se logró comprender que, el consumo de cannabis puede generar dificultades individuales, familiares, desarrollo de trastornos emocionales y/o psicopatológicos, consumo descontrolado, intoxicación, dificultad para realizar y/o mantener actividades, aumento de la tolerancia al consumo, recaídas, aparición de síndromes de abstinencia, entre otros (Royo, Magrané, Velilla y Martí, 2003).

Así mismo, existe la probabilidad de desarrollar trastornos psicóticos inducidos por el consumo de cannabis, según Bahamondes (2016) “el trastorno psicótico agudo inducido por cannabis puede presentarse en el contexto de la intoxicación o hasta un mes después de la misma” (p.349).

Por otra parte, algunos de los factores de riesgos para el inicio del consumo son, “influencia del grupo de pares, disponibilidad de la sustancia, presencia de síntomas depresivos, abandono escolar, uso de sustancias «gatillo» como el tabaco, el alcohol, factores psicológicos, biológicos e individuales” (Soto, Carrillo, Cassiani, Munevar y Cardona, 2016 p.3).

Atendiendo estas consideraciones y con el objetivo de aportar estrategias para la solución de esta problemática, se hizo uso de las técnicas cognitivo conductuales, las cuales favorecieron el desarrollo de estrategias de autocontrol. Al respecto, el uso de la terapia cognitivo conductual, ha favorecido el tratamiento por consumo de sustancias y psicosis, está consiste en:

Disminuir el estrés que produce la experiencia psicótica, a través de la reducción de la severidad de los delirios y las alucinaciones, e incrementar la comprensión del trastorno psicótico en el consultante para reducir la presencia de ansiedad, depresión, y la prevención de futuras

recaídas, de esta manera lograr que la persona se distancie de ellas y dirija su atención a mejorar su calidad de vida (Travé y Pousa, 2012).

En ese orden de ideas, Haarmans (citado por Travé y Pousa, 2012) refiere que la terapia cognitivo conductual “no solamente ha contribuido a aliviar lo más florido de la sintomatología psicótica, sino que ha sido enfocada a resolver otros aspectos más problemáticos que ésta” (p. 50).

De acuerdo con Travé y Pousa (2012) entre los años 1990 y 2004, se realizó un meta-análisis con la finalidad de aplicar la terapia cognitivo conductual, en el tratamiento de psicosis, el cual arrojó resultados positivos en la reducción de sintomatología positiva.

Por otro lado, (Lypez, Muxoz, Borrego y Sin ,2011). Explican los resultados de un estudio controlado, en pacientes con psicosis en fase aguda, en donde se comparó la TCC con terapia ocupacional y de soporte informal. La TCC incluía sesiones individuales, grupales, trabajo con las familias y programas de actividades. La evaluación se llevó a cabo mediante la aplicación del PAS (Psychiatric Assesment Scale) y el cuestionario personal de creencias delirantes de Brett Jones. En el seguimiento realizado nueve meses después, hubo una reducción significativa en el grupo de TCC, encontrando disminución en la frecuencia de delirios, alucinaciones, aunque no en la preocupación por los delirios.

Por su parte, Secades y Fernández (2001) consideran que “los programas cognitivos-conductuales fundamentalmente basados en el entrenamiento de habilidades y, en particular, el modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985), se puede considerar hoy en día el tratamiento de primera elección” (p.372).

Al respecto González y López (2017). Afirman que “la terapia cognitivo conductual y el entrenamiento en solución de problemas es efectiva en términos de abstinencia, reducción del consumo de cannabis y de los problemas mentales y sociales asociados” (p.23).

Por otra parte, Tasic, Budjanovac y Mejovsek, (citados por Muñoz y Graña 2001) refieren que “se han identificado elementos en los tipos de relaciones familiares basadas en vínculos afectivos positivos entre padres e hijos los cuales se correlacionan con una menor probabilidad de presentar problemas de conducta” (p. 87-88).

Al respecto, se puede inferir que es la familia el primer entorno social en el que se desarrolla una persona, es considerado el primer órgano de modelado, aprendizaje y socialización, por lo tanto, es allí donde radica la influencia que ha sido reconocida como factor condicionante en el inicio del consumo de drogas. (Mosqueda y Carvalho, 2011, p. 791)

Las evidencias anteriores señalan una vez más que a pesar de la multicausalidad de factores asociados al consumo de sustancias, las relaciones familiares juegan un papel determinante, en este caso, la relación familiar disfuncional y el estilo de crianza autoritario, por parte de la madre, fue un factor de predisposición hacia el inicio, mantenimiento y posterior desarrollo del trastorno psicótico inducido por el consumo grave de cannabis.

Con referencia al trastorno psicótico inducido por el consumo grave de cannabis, la (APA) (2013), establece que los trastornos psicóticos inducido por sustancias, solo se produce en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, de acuerdo a esto; el consultante inicio el cuadro psicótico durante la intoxicación y posteriormente durante la abstinencia.

Por otra parte, es necesario recordar que, el consultante permaneció todo el proceso institucionalizado, el contexto donde se desarrolló la intervención clínica, estuvo mediado por elementos asociados a las normas de la institución, por esta razón se consideró importante el

entrenamiento en técnicas de prevención de recaídas, con el propósito de brindar herramientas adecuadas para el momento de salir de la clínica.

Para lograrlo se utilizó el entrenamiento en prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, (citado por Secades, 1997). Con el objeto de identificar las posibles situaciones de riesgo a las que estaría expuesto el consultante al momento de salir y la elección de estrategias adecuadas para afrontarlas.

Finalmente, por medio de la intervención clínica se logró reducir significativamente las ideas delirantes en el consultante, disminuyendo así el estrés psicológico, mejorando su calidad de vida, su relación familiar, la aceptación de la existencia del problema, nuevas conexiones de autocontrol, conducta y emoción, reconocimiento de la ayuda recibida, el uso de habilidades comunicativas y de solución de problemas.

Conclusiones

En el marco de la práctica clínica de la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana – UPB, desarrollada en la Clínica San Pablo ubicada en el área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga – Santander, este ejercicio de intervención me permitió entender la problemática del consumo de sustancias psicoactivas - SPA y sus implicaciones a nivel físico, psicológico, personal, familiar y social con el objetivo de aportar desde mis conocimientos a modificar este tipo de conductas y cambiarlas por otras mucho más adaptativas que contribuyan a una mejor calidad de vida de los consultantes y de sus familias.

Así mismo, estando el consumo de sustancias asociado a factores de predisposición genética, estilos de crianza inadecuados, ambientes hostiles, maltrato físico y psicológico, falta de comunicación y afectividad por parte de los padres, generando así baja autoestima y dificultad en el uso de estrategias de afrontamiento, es necesario comprender la importancia del uso de pautas de crianza efectivas por parte de padres y cuidadores con el objetivo de que estas sean un factor de protección ante el consumo.

Finalmente, se estableció que el abuso de cannabis si puede generar trastornos psicóticos inducidos por la sustancia, por lo que el uso de estrategias de afrontamiento, apoyo familiar, proyecto de vida, manejo del tiempo libre son estrategias para superar y mantener la abstinencia de consumo.

Recomendaciones

En base a los resultados encontrados se hacen como recomendaciones, generales en primera medida concientizar las familias de la gran responsabilidad que se tiene en la formación integral de los niños, la utilización de estilos de crianza positivos suele ser de gran utilidad para la adecuada formación, por el contrario, crecer en ambientes negativos favorecen al surgimiento de problemas relacionados con la conducta entre estos el consumo de SPA.

De igual manera, es importante brindar psicorientación sobre los efectos del cannabis ya que en ocasiones se obvian los efectos del cannabis, los cuales generan graves efectos a nivel físico, psicológico y social, como por ejemplo la adquisición de conductas desadaptativas, deterioro de la memoria a corto plazo, aparición de eventos o trastornos psicóticos e involucrarse en conductas delictivas y de riesgo.

Para el Ministerio de Educación, se recomienda incluir un programa en el que se vinculen los padres de familia, con el fin de fomentar pautas de crianza asertivas que sirvan como factor protector ante conductas desadaptativas entre ellas el consumo de sustancias psicoactiva.

Para la Gobernación de Santander, crear un centro de rehabilitación para personas consumidoras de SPA de bajos recursos, que cuente con profesionales con experiencia en el manejo de este tipo de problemática, en el que se incluyan las familias y redes de apoyo con el fin de disminuir el alto índice de consumo de sustancias psicoactivas en la región.

Para la Universidad Pontificia Bolivariana, ampliar los convenios en distintos sitios de práctica con el fin de brindar mejores opciones a los estudiantes de especialización en psicología clínica.

Finalmente, me permito recomendar al lugar de práctica Clínica San Pablo, reforzar el proceso de intervención con las familias y red de apoyo de los consultantes con el fin de generar un mejor proceso terapéutico, empoderando a los consultantes en habilidades personales hacia la consecución de objetivos particulares que promuevan la construcción y consolidación de un nuevo proyecto de vida adaptativo, estable y duradero.

Referencias

- Acuña, G. (2009). *Comprendiendo las adicciones: la teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de recaídas*. Recuperado de [http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.% 20ACU NA/Dr_Acuna. pdf](http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna.pdf).
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM - 5* (Quinta ed.). Madrid, España: Panamericana.
- Bados López, A., y García Grau, E. (2014). Resolución de problemas. *Deposito Digital de la Universidad de Barcelona*. Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resolución% 20problemas.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resolución%20problemas.pdf)
- Bahamondes, F. M. Marihuana, Psicosis Y Esquizofrenia. *Psiquiatría Universitaria*. (Rev GPU 2016; 12; 4: 348-352). Recuperado de http://revistagpu.cl/2016/GPU_dic_2016_PDF/REV_Marihuana.pdf
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 2000. n° 77, pp. 25-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807705>
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barriero, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., & Villanueva, V. (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona: Socidroalcohol.
- Becoña Iglesias, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 2007. Vol. 28(1), pp. 11-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828103>
- Bobes, J., Bascarán, M. T., González, M. P., y Sáiz, P. A. (2000). Epidemiología del uso/abuso

- de cannabis. *Adicciones*, 12(5), 31-40. Recuperado de <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/671/660>
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C., y Benatuil, D. (2006). Uso del psicoeducación como estrategia terapéutica. *Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas*. Recuperado de http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2011). *Deontología y Bioética del Ejercicio de la Psicología en Colombia*. Segunda versión revisada. Bogotá.
- Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Rev Neurol*, 44(1), 23-31. Recuperado de http://www.neuroclassics.org/ncl/publi/DA_ADIC.pdf
- Crespo Comesaña, J. M. (2011). Bases para construir una comunicación positiva en la familia. *Revista de investigación en educación*, 9(2), 91-98. Recuperado de <http://reined.webs.uvigo.es/ojs/index.php/reined/article/viewFile/292/148>
- Del Pilar Ballesteros-Cabrera, M., y Sarmiento-López, J. Uso y dependencia de sustancias, un problema de salud pública: Apuntes teóricos y criterios diagnósticos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica-ISSN*, 2216, 0701. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es>
- Fantin, M. B., y García, H. D. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 9(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545464001>

Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., y García-Portilla, P.

(2011). Cannabis y salud mental. *Actas españolas de psiquiatría*, 39(3), 180-190.

Recuperado de <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/13/71/ESP/13-71-ESP-180-190-997480.pdf>

Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de*

intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Recuperado de

<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433025357.pdf>

Fernández-Sastrón, O., Fibra, G., Graña, J. L., y Esbec, E. (2000). Relevancia del análisis

cognitivo-conductual en la valoración de la imputabilidad en drogodependencias: estudio de un caso. *Psicopatología clínica legal y forense*, 1, 93-110. Recuperado de

<http://masterforense.com/pdf/2000/2000art6.pdf>

Gantiva Díaz, C. A., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., y Sastoque Ruiz, Y. (2009). Historia

de maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 127-134. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000200012

Gantiva Díaz, C. A., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., y Sastoque Ruiz, Y. (2010).

Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2). Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447010>

González Lomba, C., y López Durán, A. (2017). Revisión del tratamiento

psicológico de la adicción al cannabis. *Salud y drogas*, 17(1). Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782002>

González Salazar, I. D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving.

- Revista de Toxicomanías*, 57, 12-7. Recuperado de http://www.catbarcelona.com/uploads/rets/Ret57_2.pdf
- Gutiérrez-Rojas, L., Irala, J. D., y Martínez-González, M. A. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Deposito Académico Digital Universidad de Navarra*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10171/7139>.
- Gutiérrez López, M., Sánchez Muñoz, M., Trujillo Borrego, A., y Sánchez Bonome, L. (2012). Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 225-245. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200002
- González Lomba, C., y López Durán, A. (2017). Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al cannabis. *Salud y drogas*, 17 (1), 15-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782002>
- Hernández, R, Fernández, C y Baptista, M. (2006) *Metodología de la Investigación*. México DF, México: Mc Graw-Hill. Recuperado de <https://s3.amazonaws.com>
- Lorda, S., y eta Concheiro, P. (1993). *El consentimiento informado: teoría y práctica*. Med Clin (Barc), 100(17), 659-663. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/260909012>
- Martínez-Mantilla, J. A., Amaya-Naranjo, W., Campillo, H. A., Rueda-Jaimes, G. E., Campo-Arias, A., y Díaz-Martínez, L. A. (2007). Substance abuse amongst adolescents, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Revista de Salud pública*, 9(2), 215-229. Recuperado de https://scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642007000200006&script=sci_arttext&tlng=es

Medina Arias, N., y Carvalho Ferriani, M. D. G. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421939004>

Mosqueda-Díaz, A., y Carvalho Ferriani, M. D. G. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968016>

Muñoz Rivas, M. J., y Graña López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72713113/>

Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación*. Editorial Paidotribo. Recuperado de <https://books.google.com>.

Partarrieu, A. (2011). Diálogo Socrático En Psicoterapia Cognitiva. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-052/236>

Penié, J. B. (2000). La historia clínica: documento científico del médico. *Ateneo*, 1(1), 50-5. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate09100.pdf

Peralta Martín, V., y Cuesta Zorita, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (IPANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22(4), 171-177. Recuperado de

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/433/pdf/8-panss.pdf>

Perona Garcelán, S., y Cuevas Yust, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 14(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72714104/>

Gutiérrez-Rojas, L., Irala, J. D., y Martínez-González, M. A. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Rev Med Univ Navarra/Vol. 50, N.º 1, 2006, 3-10*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10171/7139>

Royo-Isach, J., Magrané, M., Velilla, A., y Martí, R. (2003). Consumidores de cannabis: una intervención terapéutica basada en los programas de disminución de daños y riesgos. *Atención primaria*, 32(10), 590-593. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670379338X>

Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clínica y Salud*, 18(3), 287-304. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a03.pdf>

Secades Villa, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72709203/>

Secades Villa, R., y Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72713303/>

Soler, C. L., y López, J. R. L. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva.

Psicopatología clínica legal y forense, 3(2), 5-19. Recuperado de
<http://masterforense.com/pdf/2003/2003art7.pdf>

Soto, K. E., Carrillo, M. H., Cassiani, C. A., Munevar, Á. M. C., y Cardona, M. D. C. M. (2016). Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 2-7. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502016000100002&script=sci_arttext&tlng=en

Travé Martínez, J., y Pousa Tomàs, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del psicólogo*, 33(1). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2035.pdf>

Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista de Neurología*, 54(12), 750-760.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/EfectosMentales.pdf

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PRÁCTICA ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cordial saludo,

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

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca

y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

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

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecue a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de

efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta.

CUESTIONES RELATIVAS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

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

CUESTIONES RELATIVAS A LA DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

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

CUESTIONES RELATIVAS AL PAGO DE HONORARIOS

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

CUESTIONES RELATIVAS A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

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

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

Nombre del consultante: _____

Cédula de ciudadanía: _____ **de** _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del profesional: _____

Cédula de ciudadanía: _____ **de** _____

Tarjeta profesional: _____

Cargo: Psicólogo/a practicante de especialización en Psicología Clínica

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del supervisor: Paula Fernanda Pérez Rivero

Cédula de ciudadanía: 1.095.809.033 de Floridablanca


Tarjeta profesional: 137387 de Bogotá

Cargo: Supervisora de prácticas especialización en Psicología Clínica

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Formato Historia Clínica Para Adultos

 Universidad Pontificia Bolivariana			HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA PARA ADULTOS					
Fecha recepción	Dí a		Mes		Añ o		No. historia	
1. DATOS DEMOGRÁFICOS								
Datos del consultante								
Nombres y apellidos			Edad		Sexo		Documento de identidad	
Lugar y fecha de nacimiento					Dirección de residencia			
Estrato		No. Teléfono residencia			No. Teléfono celular			
Nivel de escolaridad		Ocupación			Institución educativa			
Remitido por			Entidad (EPS/ARS)			Tipo de afiliación		
2. DATOS DEL ACUDIENTE- contacto de emergencia								
Nombres y apellidos			Parentesco			Edad	Estado civil	
Dirección de residencia			No. Teléfono residencia			No. Teléfono celular		

3. SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSULTANTE		
Motivo de consulta		
Observación general del consultante (Examen mental)		
Aspectos relacionados con el motivo de consulta		
Historial de la situación		
Intentos previos para solucionarlo		

Percepción de la situación desde el/la consultante					
Redes de apoyo del/la consultante					
ASPECTOS FAMILIARES					
Familiograma					
Nombre	Parentesc o	E dad	Escolarid ad	Ocupació n	Relación con el consultante
Observaciones generales del ambiente familiar					

4. ÁREA PERSONAL

5. HISTORIA ACADÉMICA

6. ÁREA SOCIAL

7. HISTORIAL LABORAL

8. ANTECEDENTES PERSONALES

9. RELACIONES DE PAREJA

10. CONDUCTAS DE RIESGO

11. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V Y CIE-10)

12. PLAN DE TRATAMIENTO

Anexo 3. Prueba de detección de consumo de sustancias - ASSIST

Pregunta 1

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

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

Pregunta 2

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

Pregunta 3

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

Pregunta 4

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

Pregunta 5

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

Pregunta 6

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

Pregunta 7

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

Pregunta 8

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

Anexo 4. Inventario de ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 5. Cuestionario de personalidad de MILLON (MCMI-II)

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.

- 16.La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
- 17.Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
- 18.Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
- 19.Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
- 20.A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
- 21.Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
- 22.Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 23.Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
- 24.La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 25.Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
- 26.Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
- 27.Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
- 28.Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
- 29.Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 30.Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
- 31.Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
- 32.Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
- 33.Casi siempre me siento débil y cansado.
- 34.Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
- 35.A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
- 36.Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.

37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.

38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.

39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.

40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.

42. Soy una persona muy agradable y dócil.

43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".

44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.

45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.

46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.

47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.

48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.

49. Soy una persona tranquila y temerosa.

50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.

51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.

52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.

53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.

54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.

55.No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.

56.He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.

57.Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.

58.Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.

59.Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.

60.Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.

61.Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.

62.El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.

63.Le gusto a muy poca gente.

64.Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.

65.Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.

66.Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.

67.Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.

68.Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.

69.Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.

70.Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.

71.Me siento continuamente muy cansado.

72.No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.

73.He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.

74.Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.

75.Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.

76.Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.

77.Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.

78.Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.

79.Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.

80.Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

81.Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.

82.No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.

83.Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.

84.Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.

85.Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.

86.Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.

87.Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.

88.Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar

conmigo.

89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.

90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.

91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero

92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.

93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.

94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.

95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.

96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.

97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada

bien.

98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo

olvidarlas.

99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.

100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.

101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.

102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.

103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan

pensar.

104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.

105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.

106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.

107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.

108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.

109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.

110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.

111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.

112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.

113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.

114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.

115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.

116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.

117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.

118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.

119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.

120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.

122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.

123.Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.

124.Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.

125.Me resulta fácil hacer muchos amigos.

126.Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.

127.Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.

128.Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.

129.No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.

130.He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.

131.Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.

132.Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.

133.Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.

134.Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.

135.Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.

136.En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.

137.Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.

138.La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.

139.Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.

140.El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.

141.Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.

142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.

143. No me importa que la gente no se interese por mí.

144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.

145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.

146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.

147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.

148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.

149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.

150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.

151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.

152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.

153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".

154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.

155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.

156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.

157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.

158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y

controlado.

159.Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.

160.Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

161.Rara vez me emociono mucho con algo.

162.Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.

163.No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164.Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.

165.Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.

166.Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.

167.Últimamente me siento completamente destrozado.

168.A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.

169.Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.

170.Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.

171.Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.

172.Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.

173.Prefiero estar con gente que me protegerá.

174.He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.

175.En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

FIN DE LA PRUEBA

COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR

ALGUNA FRASE.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Inventario Clínico Multiaxial de MCMI – II
Hoja de Respuestas

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Aplicación _____

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F

Anexo 6. Escala de los síndromes positivos Y negativos (PANSS)

ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)

Adaptación española de V. Peralta y M. J. Cuesta

Nombre del paciente _____ Número _____
 Entrevistador _____ Periodo de observación _____ Fecha _____

	A	D	L	M	MS	S	E
SÍNDROME POSITIVO (PANSS-P)							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización	1	2	3	4	5	6	7
3. Comportamiento alucinatorio	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

SÍNDROME NEGATIVO (PANSS-N)							
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Dificultad en el pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Ausencia de Espont. y fluidez en la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

PSICOPATOLOGÍA GENERAL (PANSS-PG)							
1. Preocupaciones somáticas	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos y posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Inusuales contenidos del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de juicio e "introspección"	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 7. Presentación de estudio de caso

FORMULACION DE UN CASO CLINICO	NOMBRE: JEQ	OCUPACION: Empleado
ESCOLARIDAD: Bachiller		Clínica San Pablo
Edad: 19 Años		
<p>1. Motivo de Consulta:</p> <p>“Salir adelante y dejar atrás todo lo que he vivido”</p>	<p>2. Descripción del Motivo de Consulta</p> <p>Refiere que nunca pensó que el consumo de marihuana, hiciera tanto daño en su salud mental, que siente como si fuera otra persona, que quiere recuperarse y retomar nuevamente su vida, aprovechar el tiempo para estudiar y para recuperar la relación con su madre.</p>	<p>3. Problema</p> <p>Presenta pensamiento psicótico de tipo erotománico y persecutorio, consumo de grave de cannabis.</p>
<p>4. Descripción del Problema</p> <p>JEQ de 19 años de edad se encuentra en calidad de hospitalizado en la clínica San Pablo porque hace aproximadamente 20 días viene presentando delirios de tipo erotománico y persecutorio, refiere haber estado consumiendo marihuana por cinco años consecutivos con una intensidad de 3 a veces al día, refiere que quiere dejar atrás el consumo y volver a ser la persona que era antes.</p>	<p>5. Historia Personal</p> <p>Refiere que hasta el día de hoy no ha conocido a su padre, su crianza a estado a cargo de su madre con quien ha tenido muchos problemas debido al mal carácter de su madre, con quien nunca ha tenido una buena comunicación ya que es una persona autoritaria que es lo que ella diga y no toma en cuenta la opinión de los demás, así mismo refiere que ha recibido por parte de su madre maltrato físico y verbal. Recuerda haber sido un buen estudiante, le gusta relacionarse</p>	<p>6. Evaluación Sincrónica</p> <p>El ambiente en la clínica le ha permitido tomar conciencia de los efectos del cannabis sobre su vida, y sobre la necesidad de ayuda profesional para volver a recuperar su vida.</p>

	<p>con los demás, se considera una persona sociable, aunque no le gusta que se inmiscuyan mucho en su vida, a la edad de 14 años inicia consumo de cannabis con unos compañeros del colegio refiere haber iniciado el consumo por curiosidad y desde ahí continua el consumo lo que ha hecho que la relación con su madre sea peor cada día, refiere que consumir hace que olvide los problemas con su madre y lo hace sentirse relajado, refiere haber consumido en una ocasión cocaína pero que no le gusto por esta razón solo ha consumido cannabis pues consideraba que era “natural” y que no podía producir algún efecto secundario sobre su salud, hasta que hace aproximadamente 15 días empezó a tener ideas delirantes de tipo erotomaniaco con una presentadora de televisión y de igual manera ideas persecutorias. Esta situación hizo de que el mismo buscara ayuda pues no puede llevar una vida normal desde que estas ideas han aparecido en su pensamiento lo que lo deprime y lo atemoriza.</p>	
<p>7. Evaluación Diacrónica</p> <p>Factores de Predisposición Asociados a estilo de crianza autoritario, padre consumidor de sustancias psicoactivas.</p>	<p>8. Dominios</p> <p>-</p> <p>Emocional Afectivo</p>	<p>9. Contextos</p> <p>-</p> <p>Académico Laboral</p>

<p>-</p> <p>Factores de Adquisición</p> <p>Su grupo de amigos consumidores de sustancias psicoactivas, el barrio en el que reside.</p> <p>-</p> <p>Factores de Mantenimiento</p> <p>Problemas en la relación con su madre, maltrato físico y psicológica, sentimientos de rabia e impotencia.</p> <p>-</p> <p>Factores Protectores</p> <p>Su deseo de dejar el consumo atrás, ganas de salir adelante y el deseo de mejorar la relación con su madre.</p>	<p>Falta de comunicación con su madre, maltrato físico y verbal, escasas afectiva.</p> <p>-</p> <p>Cognoscitivo verbal</p> <p>Refiere dificultad para recordar ciertos acontecimientos de su vida.</p> <p>-</p> <p>Interacción</p> <p>Utiliza un lenguaje en donde incluye lenguaje de calle.</p> <p>-</p> <p>Repertorios relacionados a salud</p> <p>Preocupación por la aparición de ideas delirantes, teme por su salud mental.</p>	<p>Culmino sus estudios hasta Bachillerato, refiere tener experiencia laboral en ventas, pero fue despedido de su ultimo empleo por presentar comportamiento extraño debido a las ideas persecutorias que ha estado presentado.</p> <p>-</p> <p>Familiar</p> <p>La relación con su madre ha sido distante por el tipo de estilo de crianza que esta ha manejado refiere tener una buena relación con una tía materna quien lo escucha y le da consejos.</p> <p>-</p> <p>Pareja Sexual</p> <p>Actualmente no tiene pareja, pero si ha tenido varias parejas anteriormente.</p> <p>-</p> <p>Condiciones Ambientales</p> <p>En el barrio donde residía refiere consumo frecuente de consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>-</p> <p>Estímulos Discriminatorios</p> <p>La presencia de ideas delirantes produce rechazo y burla de las demás personas.</p>
<p>10.</p> <p>Formulación de Hipótesis</p> <p>-</p> <p>Problema</p>	<p>11.</p> <p>Análisis Explicativo</p> <p>-</p> <p>Repertorios de Autocontrol</p>	<p>12.</p> <p>Plan de intervención</p>

<p>Presencia de ideas delirantes de tipo erotomaniaco y persecutorio.</p> <p>Consumo de Cannabis.</p> <p>Falta de Estrategias de Afrontamiento.</p> <p>-</p> <p>Hipótesis</p> <p>La presencia de ideas delirantes se debe al consumo grave de cannabis el cual le pudo haber producido un trastorno delirante por el consumo grave del cannabis, este consumo se mantiene por la relación conflictiva con su madre, basada en un estilo de crianza autoritario lo que ha servido como un factor de predisposición para el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo de cannabis.</p>	<p>Bajo el consumo de cannabis sus comportamientos son de irresponsabilidad como conducir bajo los efectos de la sustancia.</p> <p>-</p> <p>Autoconocimiento</p> <p>Reconoce el daño físico y mental que se ha causado por el consumo de cannabis, refiere que quiere dejar el consumo y volver a ser la persona que era antes.</p> <p>-</p> <p>Repertorios para modificar el ambiente</p> <p>Refiere que en la Clínica se siente seguro y guarda la esperanza que desaparezcan las ideas delirantes y así volver a retomar una vida sin consumo.</p> <p>-</p> <p>Regulación verbal del comportamiento</p> <p>-</p> <p>s de presencia de ideas delirantes.</p> <p>-</p> <p>Identificación de conducta</p> <p>Se identifica trastorno psicótico inducido por la conducta de consumo grave de cannabis.</p> <p>-</p> <p>Conducta clínicamente relevante</p> <p>Presenta ideación delirante, falta de estrategias en la resolución de problemas y de comunicación en la relación con los demás.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar al consultante información específica sobre el trastorno. Identificación del problema y situaciones de riesgo. - Reducir la frecuencia y duración de ideas delirantes, pensamientos negativos y/o preocupaciones. - Brindar herramientas que le permitan desarrollar estrategias en la solución de problemas. - Desarrollar habilidades de comunicación que le permitan expresar adecuadamente sus pensamientos y sentimiento. - Reducir la tensión física o mental que le permitan reducir niveles de estrés, ansiedad o ira. - Mantener la abstinencia y los cambios en su estilo de vida, evitando el retorno a su comportamiento adictivo.
--	---	--

	<p>-</p> <p>Función Explicativa</p> <p>Su falta de estrategias para la resolución de problemas y comunicativas se asocian a un estilo de crianza autoritario utilizado en este caso por su madre y posteriormente con la conducta de consumo y el desarrollo del trastorno psicótico por el consumo grave de cannabis.</p>	
--	---	--

Anexo 8. Intervención individual

Consultante		JEQ	
Motivo de Consulta		“Salir adelante dejar atrás todo lo que he vivido”	
Numero de Sesiones		12	
Objetivo Terapéutico		Reforzar habilidades que le generen una mayor adaptación a su entorno.	
Sesión	Técnica	Objetivos	Indicadores
1	Entrevista Semi-estructurada	Establecer Alianza terapéutica. Identificar factores Protectores, de predisposición, red familiar.	Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
2	Aplicación de la Escala de los Síndromes Positivo Y Negativo (PANS)	Evaluar síntomas de psicosis desde el punto de vista dimensional.	Expresión de la necesidad de cambio.
	Aplicación de la prueba de consumo de alcohol, tabaco y sustancias - ASSIST	Identificar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.	
3	Aplicación Inventario Clínico Multiaxial de Millón	Evaluar trastornos de personalidad.	Aceptación de la existencia de un problema.
	Aplicación Ansiedad De Beck	Valorar Síntomas Somáticos de ansiedad.	

4	Entrevista Semiestructurada (Madre)	Validar información, identificar estilo de crianza, antecedentes familiares, red de apoyo familiar.	Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”. Aceptación de la existencia de un problema
5	Psicoeducación Dialogo Socrático	Proporcionar al consultante información específica sobre el trastorno. Identificación del problema y situaciones de riesgo.	Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
6	Detención del Pensamiento	Reducir la frecuencia y duración de ideas delirantes, pensamientos negativos y/o preocupaciones.	Establecimiento de nuevas conexiones de autocontrol conducta y emoción. Reconocimiento de la ayuda recibida.
7	Entrenamiento en solución de problemas	Brindar herramientas que le permitan desarrollar estrategias en la solución de problemas.	Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo y de los demás.
8			
9	Entrenamiento en Habilidades Comunicativas	Desarrollar habilidades de comunicación que le permitan expresar adecuadamente sus pensamientos y sentimiento.	Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
10	Técnicas de Relajación	Reducir la tensión física o mental que le permitan reducir niveles de estrés, ansiedad o ira.	Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva. (Autocontrol emocional,

			diferenciación de los pensamientos).
11	Prevención de recaídas	Mantener la abstinencia y los cambios en su estilo de vida, evitando el retorno a su comportamiento adictivo.	Aceptación de la existencia de un problema.
12	Evaluación y cierre	Evaluar proceso Terapéutico	Reconocimiento de la ayuda recibida a través de verbalizaciones.
Pruebas Aplicadas		<ol style="list-style-type: none"> 1. MMPI2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota. 2. Inventario de Ansiedad de Beck. 3. ASSIST Prueba de Detención de Consumo de alcohol, tabaco y sustancias. 4. PANSS Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) 	
Resultados de Pruebas Aplicadas		Consumo grave de cannabis, sospecha de psicosis, inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, desprecio y violación de los derechos de los demás, Masoquista.	
Diagnostico según DSM V		304.30 (F12.259) Trastorno psicótico por consumo grave de cannabis	
Plan de Tratamiento		Continuar tratamiento farmacológico y controles periódicos de psicología, acompañamiento familiar e iniciar proyecto de vida.	
Resultados		Consultante con aparente deseo de cambio y conciencia de enfermedad, proyecto de vida claro.	

Anexo 9. Autorregistro pensamientos automáticos.

AUTOREGISTRO

FECHA	SITUACION	EMOCION	PENSAMIENTO AUTOMATICO	CONDUCTA

Anexo 10. Autorregistro entrenamiento en solución de problemas

ENTRENAMIENTO EN SOLUCION DE PROBLEMAS

IDENTIFICAR LA SITUACION PROBLEMA	GENERAR ALTERNATIVAS	ANTICIPAR CONSECUENCIAS	ELEGIR UNA ALTERANTIVA	HACER UN PLAN
	<p>¿Qué puedo hacer para resolver este problema?</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	<p>Para mí:</p>		<p>¿Cómo lo hare?</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
		<p>Para otros:</p>		

