

INTERVENCIÓN CLÍNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE
DEPENDENCIA POR CONSUMO DE CANNABIS.

INGRID YADIRA ARENAS SANABRIA

Director

CLAUDIA LILIANA RICO GÓMEZ



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

Intervención clínica cognitivo-conductual en un caso de dependencia por consumo de cannabis

Monografía presentada por:

INGRID YADIRA ARENAS SANABRIA

Para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Director del trabajo de grado:

CLAUDIA RICO GÓMEZ

Especialista en psicología de Familia



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

Dedicatoria

Dedico mi trabajo de grado a Dios antes que nadie porque sin su voluntad esto no hubiese sido posible, a mi madre, padre y hermanos quienes con sus consejos y especial apoyo me alentaron a seguir siempre adelante, a mi esposo y a mis hijos de quienes estoy profundamente agradecida por su apoyo, colaboración y paciencia a lo largo de cada una de mis metas.

Ingrid Y. Arenas

Agradecimientos

Quisiera agradecer a La Universidad Pontificia Bolivariana sede Bucaramanga, programa de especialización en psicología clínica, por la excelente formación académica brindada, garantía de éxito para el desempeño profesional.

A mi directora de práctica y monografía Claudia Rico, por sus valiosas orientaciones y guía en el desarrollo de esta.

A la IPS Instituto de Familia y Vida por permitirme la realización de la práctica clínica y afianzar conocimientos.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron al éxito de este proyecto.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	II
Tabla de contenido	IV
Lista de figuras.....	VI
Resumen general de trabajo de grado	VII
General summary of work of grade	VIII
Introducción.....	10
Objetivos.....	21
Objetivos Específicos.	21
Metodología.....	22
Participante	22
Instrumentos de Exploración	23
Consentimiento informado.	23
Historia clínica para adultos de la UPB.	23
Formato de seguimiento terapéutico.	23
Entrevista semi estructurada.	23
Instrumentos de Evaluación.....	24
Inventario clínico multiaxial de Millon III.	24
Procedimiento	26
Fase de Intervención	30
Formulación de caso clínico	30
Formulación de Hipótesis.....	38
Plan de Intervención.....	42
Resultados.....	43
Discusión	50
Conclusiones.....	55
Recomendaciones	56
Lista de Referencias	57
Anexos62	

Lista de tablas

Tabla 1	31
Tabla 2	44
Tabla 3	46
Tabla 4	48
Tabla 5	49

Lista de figuras

Genograma 1.....	30
------------------	----

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN CLÍNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPENDENCIA POR CONSUMO DE CANNABIS

AUTOR(ES): INGRID YADIRA ARENAS SANABRIA

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): CLAUDIA LILIANA RICO GÓMEZ

RESUMEN

En el presente estudio de caso clínico único, se describe el proceso terapéutico realizado a un paciente de 27 años de edad, con trastorno por consumo leve de cannabis, además de problemas en el control de la ira. Para el abordaje del caso, se aplicaron instrumentos pre y pos tratamiento; Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, la prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias – OMS, (ASSIST), el Inventario de Expresión de Ira estado – rasgo. STAXI- 2, el Inventario de Depresión de Beck- II, así como, evaluación clínica y análisis funcional de la conducta. La evaluación, diagnóstico e intervención se desarrolló desde el enfoque cognitivo conductual, con el propósito de reforzar habilidades de afrontamiento que le permitieran al consultante sustituir la conducta de consumo y disminuir sintomatología asociada a la abstinencia, para así mejorar las relaciones interpersonales. Los resultados mostraron cambios positivos en el paciente, como; mayor conocimiento de su problema, aprendizaje y dominio de técnicas, aumento en habilidades de afrontamiento que, en consecuencia, le permitieron reducir nivel de ansiedad por consumir y mejorar las relaciones de pareja y familiares. Con el presente trabajo se corrobora la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para la intervención de este trastorno.

PALABRAS CLAVE:

Terapia cognitivo conductual, dependencia de sustancias, ira, dependencia de cannabis

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: COGNITIVE-BEHAVIORAL CLINICAL INTERVENTION IN A CASE OF DEPENDENCE DUE TO CANNABIS USE

AUTHOR(S): INGRID YADIRA ARENAS SANABRIA

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: CLAUDIA LILIANA RICO GÓMEZ

ABSTRACT

In the present case study, we describe the therapeutic process performed on a 27-year-old patient with mild cannabis use disorder, as well as anger management problems. To address the case, pre and post treatment instruments were applied; Multiaxial Clinical Inventory of Millon-III, the Alcohol, Tobacco and Substances Consumption Detection Test - OMS, (ASSIST), the Ira State Expression Inventory - trait. STAXI- 2, the Depression Inventory of Beck-II, as well as clinical evaluation and functional analysis of behavior. The evaluation, diagnosis and intervention was developed from the cognitive behavioral approach, with the purpose of reinforcing coping skills that would allow the client to replace the behavior of consumption and decrease symptoms associated with abstinence, in order to improve interpersonal relationships. The results showed positive changes in the patient, such as; greater knowledge of his problem, learning and mastery of techniques, increase in coping skills that, consequently, allowed him to reduce level of anxiety to consume and improve the relationships of couple and family. With the present work, the effectiveness of the cognitive behavioral treatment for the intervention of this disorder is corroborated.

KEYWORDS:

Cognitive behavioral therapy, substance dependence, anger, cannabis dependence.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) forman parte de los principales problemas en la actualidad para los gobiernos, especialmente por los riesgos que conllevan para la salud de las personas, es un fenómeno social que ha generado múltiples problemáticas. Lo anterior puede significar que, “los trastornos por consumo de SPA son considerados una problemática de salud pública mundial que está relacionado con altos índices de incapacidad escolar, laboral, social y fenómenos delictivos como, degradación de estructuras sociales, problemas de salud mental y física, propagación de infecciones y epidemias como el VIH, la hepatitis B y la sífilis” (Restrepo, Gómez y Ligia. 2017, p. 1592). Las consecuencias y riesgos generados por el alto consumo y dependencia de sustancias, muchas veces es ignorada por los consumidores, afirmando su vital importancia para continuar con sus labores cotidianas, ya sea dentro del ámbito escolar, laboral, familiar o social.

En relación al tema de interés, siguiendo la definición prestada por la Organización de las Naciones Unidas, es necesario conocer el significado de droga y abuso de droga (citado por Begoña, 2002) como:

Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste, y por droga de abuso, cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altere el estado de ánimo, a nivel de percepción o el funcionamiento cerebral. (p.21)

En la actualidad, el consumo de sustancias psicoactivas ha sido motivo de preocupación social por los riesgos y problemas derivados del abuso, además de las altas tasas en aumento de consumo de SPA durante los últimos años. De acuerdo con definición expuesta por la OMS se especifica como drogodependencia el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizada por: 1) el deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) la tendencia a incrementar la dosis; 3) la dependencia física y generalmente psíquica con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) los efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM 5, especifica 10 clases de trastornos por consumo de sustancias, que se caracterizan por la presencia de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos, que indican el consumo continuado de sustancias, a pesar de la presencia de problemas asociados al mismo. Se incluye dentro de esta clasificación el trastorno por consumo de cannabis. (American Psychiatric Association, 2014)

Los criterios diagnósticos consignados en el DSM-V (A.P.A, 2014) sugieren: A) patrón problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses:

1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.

10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes: a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes: a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

Por otra parte, se debe tener en cuenta la novedad presentada en el DSM-V (A.P.A 2014), donde se reconoce que la interrupción brusca del consumo diario o casi diario del cannabis suele producir la aparición de un síndrome de abstinencia de cannabis. Los síntomas comunes de la abstinencia incluyen irritabilidad, ira o agresividad, ansiedad, depresión, inquietud, dificultad para dormir, y disminución del apetito o pérdida de peso. Aunque por lo general los síntomas no son tan graves como los del alcohol o de los opiáceos, el síndrome de abstinencia puede causar un malestar significativo y, por tanto, puede contribuir a que existan dificultades para dejar de fumar o puede favorecer la recaída entre los que tratan de abandonar el consumo. (p. 511).

A nivel mundial, la UNODC (2018), estima que, unos 275 millones de personas en todo el mundo; es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15-64 años, consumió drogas en alguna ocasión en 2016, así mismo refieren a la marihuana como la SPA de mayor consumo, con alrededor de 192 millones de usuarios. (p.1)

En Colombia la marihuana es la sustancia ilícita de más consumo, seguida de la cocaína, el bazuco y el éxtasis, especialmente entre los hombres jóvenes (18-24 años de edad). El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2013, destacó el aumento significativo en el uso de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína), tanto en la prevalencia de uso alguna vez en la vida (de 8,8% en el 2008 a 12,2% en el 2013), como en uso durante el último año (de 2,6% a 3,6%). Se estima que alrededor de tres millones de personas han consumido drogas ilícitas alguna vez en su vida (O.D.C. 2016, pp.20-21)

Por otra parte, respecto del ciclo vital, Quezada, Paredes, Zanetti y Ventura (2012) atribuyen factores incidentes como la adolescencia, siendo un período que se caracteriza por la búsqueda de independencia de los padres y demás adultos, estrechar la amistad con otros jóvenes y experimentar con muchas ideas, productos y estilos de vida, implicando aceptar mayores peligros, adoptar nuevas decisiones y nuevos compromisos que generan riesgos altos y muchas veces, inciertos para el mismo grupo. (p.261).

Los efectos de un prolongado consumo de SPA tienden a causar placer en las personas, generando dependencia al tomarlo en altas dosis, las tendencias actuales de consumo son un fenómeno del cual el país no está exento; ya que las personas comienzan a probar SPA desde muy temprana edad, donde los jóvenes ignoran totalmente los riesgos y consecuencias que conlleva su alto consumo.

De esta forma, el consumo de drogas, tabaco y alcohol entre los adolescentes se está convirtiendo en una vía de escape ante situaciones en las que no cuentan con eficaces estrategias de afrontamiento. En algunos adolescentes, experimentar el consumo de drogas es rito necesario para atravesar la fase de independencia; influenciados generalmente por pares, hacen uso de la sustancia de manera ocasional, donde aquellos que se encuentran vulnerables ante la presión pueden ser más sensibles a dependencia de drogas (Quezada, Paredes, Zanetti y Ventura 2012, p.261).

Es en efecto, el período de la adolescencia, una etapa de inseguridad y toma de decisiones, donde la influencia de los pares y la presión social, pueden desencadenar en el consumo de SPA, así mismo, factores neurobiológicos que permiten que las personas desarrollen adicciones.

En cuanto a la neurobiología de la adicción Iglesias et al. (2010, p34.); existe un llamado circuito de recompensa o circuito de placer, el cual desempeña un papel clave en el desarrollo de la dependencia a sustancias, tanto en el inicio, como en el mantenimiento y las recaídas. Por lo tanto, afirman que es a través de dicho circuito del que dependen actividades placenteras como alimentación o la reproducción, necesarias para facilitar el aprendizaje y mantenimiento de las conductas de acercamiento y consumatorias. Por lo tanto, su objetivo es perpetuar aquellas conductas que al sujeto le proporcionan placer. El consumo de sustancias, ya sea de manera

directa o indirecta, supone un incremento del neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, por lo que el efecto hedónico aparece amplificado.

El circuito de recompensa desempeña un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la adicción, mediante el cual Hernández, Serrano y Jacinto (2017, p1) refieren que “dicho circuito se encarga de regular aquellas sensaciones placenteras, facilitar el aprendizaje y memorizar aquellos estímulos contextuales, que pueden servir como desencadenantes en la repetición de una conducta”. Con base en lo anterior, se puede inferir que el cerebro usa mecanismos de motivación y recompensa para obtener aquello que le genera sensación de placer, por lo cual sentir placer cuando llevamos a cabo conductas que son críticas para nuestra existencia nos motiva a repetirlos. El placer se produce porque disponemos de un sistema cerebral que nos permite experimentarlo, el cual fue descubierto en 1954 por James Olds y Peter Milner. (Díaz et al. 2016).

Con base en el anterior enunciado, se puede evidenciar la importancia de la neurobiología de la adicción, así como el circuito de recompensa y su desempeño en el desarrollo y mantenimiento de las adicciones. Así mismo, es necesario conocer el área familiar y social de la persona para identificar otros factores que conllevan a la necesidad de consumo.

En el entorno familiar y social del individuo dependiente de consumo de sustancias, pueden presentarse diversos factores influyentes como lo es la sensación de independencia y búsqueda de identidad, baja autoestima, presión por sus pares en búsqueda de nuevos retos, generando malestar en la persona, especialmente a la población en edad escolar. (Núñez, et al 2010).

En cuanto a la familia, esta asume un rol importante dentro de la prevención frente al consumo de alguna sustancia, donde Forselledo, (como se citó en Aguirre, Pinzón y Ibáñez, 2016), categoriza los factores de riesgo en específicos, como son: ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto, padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos, ausencia de la figura paterna, presencia de un padre adicto al alcohol o a las drogas, carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto social, conflictos en la pareja parental, relaciones familiares que estimulan la dependencia, consumo familiar de sustancias; y menos específicos

como: padres permisivos o desinteresados, carencias económicas, carencias en los modelos sexuales de identificación, limitada participación de los padres en la formación de los hijos, expectativas muy altas o muy bajas en relación al éxito esperado de los hijos, y desintegración familiar. (p.3).

Por su parte, Beck (como se citó en Vargas y Londoño 2016), afirma que los factores sociales, ambientales y de personalidad influyen en el uso de sustancias y va más allá de las propiedades farmacológicas simples de estos fármacos. El ambiente social puede influir en el consumo de drogas o alcohol, al igual que déficits en habilidades sociales y académicas, baja autoestima, ansiedad y estrés se articulan y pueden facilitar la iniciación del consumo de alcohol y drogas. (p.116).

En consonancia con lo anterior, Villareal (como se citó en Aguirre, Pinzón y Ibáñez, 2016) reseña, en base a los estudios realizados en Colombia referente a los factores de riesgo de consumo de SPA, en relación al contexto familiar, constata que; la existencia de conflictos en la familia y una pobre interacción entre padres e hijos, disciplina inconsistente o carencia de disciplina, expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, un control o supervisión pobres, una aplicación excesiva del castigo, escasas aspiraciones acerca de la educación de los hijos, un clima familiar conflictivo, baja cohesión o vinculación emocional entre la familia y escaso apoyo de los padres predice el consumo de drogas. De igual modo, la familia puede llegar a influir como un factor de riesgo, definiendo que en lo que respecta a la estructura y composición familiar como: la ausencia de uno de los padres, así como, el hecho de que uno de ellos se vuelva a casar, podría conceptualizarse como factor de riesgo que permitiría predecir problemas a futuro frente al consumo SPA por parte de los hijos.

Además de la familia y su desarrollo dentro de dicho entorno, simultáneamente, el género implica un factor importante en cuanto a la conducta de consumo de SPA.

El comportamiento puede verse afectado en las personas, además de que los pensamientos o ideologías con respecto al consumo de sustancias o alcohol varían según el género, como lo sugieren los estudios realizados por Espinosa-Herrera (2017). Los hombres inician más temprano en el uso de cigarrillo, marihuana y cocaína; mientras que con el alcohol,

hombres y mujeres inician a la misma edad. Se debe agregar que; el consumo en hombres es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada, en contraste, para las mujeres supone una práctica trasgresora de los valores sociales dominantes (pp. 180-181). En este sentido, se debe considerar la familia, cultura, y género, al igual que, factores de riesgo sociales contextuales en los que transcurren la vida de las personas los cuales predispongan el contacto con las SPA facilitando la iniciación.

La llegada a la universidad podría estar relacionada con el primer consumo de sustancias, como lo demuestra un estudio realizado en Pasto, Colombia en el año 2017, donde Albarracín y Muñoz (como se citó en Córdoba, Betancourth y Tacán. (2017) confirman que; las situaciones para consumir se incrementan con la llegada al ambiente universitario, dado que, en estas circunstancias, las posibilidades de acceso a la compra de bebidas embriagantes, tabaco u otras sustancias son mayores. En estos escenarios se presenta un menor control del tiempo por parte de los padres; las interacciones culturales, sociales y económicas tienen un impacto directo en estos jóvenes, con consecuencias negativas en el inicio del consumo de SPA o el consecuente fortalecimiento de uso, que se enmarca en la búsqueda de aceptación social en el grupo de amigos.

Estudios realizados en población universitaria, donde se demuestra que, más de la $\frac{3}{4}$ parte de estudiantes han fumado alguna vez marihuana (cannabis), siendo relacionado con la edad; ya que, a edades más tempranas, los adolescentes son más vulnerables a la presión del entorno, y principalmente de los iguales, y probablemente sea más fácil que una vez superada la curiosidad de la primera experiencia, no sepan negarse a continuar consumiendo cuando son invitados a ello. (Mayolas, Gras y Planes, 2006. P. 7).

(Pedrero, Fernández, Fernández, y Tomás, 2008, pp, 47 - 63)

Por lo tanto, ésta monografía se soportará a partir del enfoque cognitivo- conductual, la cual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos, según J. Santacreu (2011), *“dicho enfoque es uno de los nombres más comunes y más ampliamente admitidos por los psicólogos que recoge los conocimientos empíricamente contrastados sobre*

intervención y cambio del comportamiento". Con base en lo anterior se puede inferir que el nombrado enfoque ha tenido gran acogida para obtener mayores resultados en cuanto a las intervenciones, buscando, principalmente cambios frente al pensamiento y conducta de la persona.

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva, donde su filosofía de la intervención está basada en la consideración del paciente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias. (Iglesias, et al. 2008).

La TCC es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas, así mismo; está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica luego de una exhaustiva evaluación de las características biopsicosociales del paciente, y que tiene en cuenta el visto bueno, compromiso y colaboración del mismo y sus allegados. Este modelo de psicoterapia es estructurado, activo y centrado en el problema. El tratamiento dura normalmente entre 10 y 20 sesiones, y los pacientes experimentan a menudo una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento (Polo y Díaz, 2011).

Según Ruiz y Villalobos (2012), las principales características de la terapia cognitivo conductual son las siguientes:

- Actividad terapéutica de carácter psicológico basada en la psicología del aprendizaje
- Sus técnicas o procedimientos utilizados cuentan con buena base científica o experimental.
- El objeto del tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional)

- La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida
- El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen.
- La TCC pone énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, no obstante, tiene en cuenta los factores históricos que explican por qué se está dando la situación actual.

Por otra parte, según Hervás, gradolí, Gurrea Bou y Gallús. (2011), la terapia breve cognitivo-conductual, representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, el aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el paciente tiene sobre sí mismo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se podría inferir que, la TCC ha obtenido gran eficacia en cuanto al tratamiento de personas con dependencia de sustancias, suponiendo ser un enfoque integral para tratar los problemas procedentes del uso de la mismas, donde se desarrollan y aplican técnicas que le permitan a la persona fortalecer estrategias de afrontamiento eficaces, destinadas a mejorar su estilo de vida.

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia, Quirke, (2001) (como se citó en Iglesias, et al. 2008), se incluyen el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, manejo del estrés, relajación, habilidades sociales, de comunicación, habilidades para la vida, asertividad, manejo de la ira; a su vez, el ejercicio aeróbico, Biofeedback, prevención de recaídas, entre otras.

Es a través de éstas técnicas, que los pacientes o usuarios podrán hacer su propio camino; es decir, son ellos quienes se encargaran de dirigir su comportamiento por medio de entrenamiento guiado en conductas, así mismo en la obtención de resultados.

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento y solución de problemas ha sido eficaz para el abordaje frente al consumo de SPA, ya que, como lo indican (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), las auto instrucciones son consideradas estrategias meta cognitivas cuyo objetivo es favorecer la autorregulación de la conducta, así como, de la creencia y confianza en la propia capacidad.

En consecuencia, es importante conocer el análisis funcional de la persona frente a la conducta adictiva, con la finalidad de establecer un diagnóstico y plan de intervención. Es importante para el proceso que la persona muestre deseo, voluntad y motivación frente al cambio en su estilo de vida y abandono del consumo.

El modelo transteórico muestra la importancia del reconocimiento que la persona realiza del problema para iniciar todo el proceso de cambio. (Soto et al, 2009, p.5).

Dicho modelo, creado por Prochaska y DiClemente 1993 (como se citó en Carvajal 2010. P.2). se divide en 6 estadios:

1. Pre contemplación los adictos no creen tener un problema
2. Contemplación, tienen mayor nivel de concienciación de su problema
3. Preparación, se debe emprender una serie de pasos, iniciar un programa de tratamiento.
Hay toma de decisión
4. Actuación, están preparados para llevar a cabo un plan terapéutico específico
5. Mantenimiento, proceso de aprendizaje y manejo de las crisis de recaída
6. Recaída, se puede presentar en etapa de actuación o mantenimiento.

La práctica de la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana – UPB, ha sido realizada en el instituto de familia y vida de la ciudad de Bucaramanga, donde se propende mejorar la calidad de vida de las familias a través de distintas áreas de atención, como lo es la atención psicológica, terapias de orientación familiar, asesorías, entre otros servicios. El caso seleccionado para la realización de la presente monografía, corresponde a, adulto de 29 años de edad, remitido por fiscalía debido a problemática de violencia intrafamiliar, donde su principal objetivo estuvo dirigido a la identificación y

cuestionamiento de pensamientos desadaptativos desde el mismo individuo, para así, reducirlos o eliminarlos, buscando cambios a nivel emocional y comportamental desde la aplicación de TCC, siendo la reestructuración cognitiva una de las más sugeridas, ya que, se ha demostrado su eficacia para trabajar los pacientes que presentan dependencia ante el consumo de sustancias, mediante el cual se pondrá a prueba la capacidad que tiene la persona para auto controlarse y pensar las cosas con más claridad, sin recurrir a reacciones, pensamientos e ideas apresuradas.

En consecuencia, por medio del instituto de familia y vida de la UPB, un psicólogo puede obtener la experiencia necesaria en el área clínica, permitiendo así, aplicar diversas estrategias de intervención. Para este estudio de caso en particular, se tendrá en cuenta el enfoque cognitivo conductual frente a la intervención psicológica en consumo de SPA; en específico, el consumo de cannabis, teniendo en cuenta el objetivo de la terapia, se generó información y estrategias adecuadas frente a la problemática. Por lo tanto, uno de los principales objetivos frente al caso será el entrenamiento y ejecución de herramientas cognitivo-conductuales enfocadas en el mejoramiento de la salud mental de la persona. Entre las diversas técnicas aplicadas en el estudio de caso se encuentran la psico educación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, diálogo socrático, solución de problemas, entre otras, con el fin de que, el mismo individuo asumiera sus responsabilidades y participara activamente en la solución de sus problemas, creando alternativas diferentes a las del consumo de cannabis.

Objetivos

Objetivo General

Desarrollar un proceso de evaluación e intervención clínica desde el enfoque cognitivo-conductual en un caso de trastorno por consumo leve de cannabis.

Objetivos Específicos.

Identificar gravedad del trastorno y conductas problema a través de la evaluación psicológica.

Diseñar un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y resultados obtenidos en la evaluación psicológica.

Implementar plan de intervención diseñado en base a problemas identificados en el caso clínico por medio de la aplicación de técnicas del modelo cognitivo-conductual.

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

Metodología

Participante

Estudio de caso único con paciente de 27 años de edad, sexo masculino, nivel de escolaridad tecnológico, padre de una niña de nueve (9) meses, producto de relación sentimental de 3 años, con quienes convive actualmente en el municipio de Bucaramanga. Acude a la IPS remitido por fiscalía debido a problemática de violencia intrafamiliar para iniciar proceso psicoterapéutico en cuanto a manejo de problemas presentados tales como; irritabilidad, conductas agresivas, dificultad para solucionar problemas en pareja, así como adicción leve de consumo de cannabis. Como antecedentes relevantes se puede mencionar: Proviene de familia monoparental, menor de 3 hermanos, abandono de su madre a la edad de 4 años, respondía adecuadamente ante las obligaciones como estudiante logrando culminar con carrera como tecnólogo ambiental. Inicio con consumo de sustancia a los 17 años, (cigarrillo, alcohol y cannabis) debido a conflictos generados en su entorno familiar, a los 21 años se marcha de su casa e inicia consumo de diversas sustancias (lorazepam, cocaína, éxtasis, cannabis, alcohol), menciona el uso de las anteriores aproximadamente por un mes, continuando solo con el consumo de cannabis y alcohol ocasional, posterior se marcha a la ciudad de Medellín donde se radica, a los 23 años consigue pareja estable con quien presenta relación conflictiva a causa del consumo actual de cannabis. El consultante no logra admitir que un elevado consumo de sustancias puede generar problemas a nivel mental, psicológico o físico, además de generar inconvenientes y conflicto dentro de su entorno social y familiar. En su historial de salud no reporta tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico actual, no obstante, menciona haber acudido a la edad de 19 años a centro de rehabilitación para adictos.

Para el desarrollo adecuado del estudio se tuvieron en cuenta instrumentos de exploración y evaluación pertinentes para su abordaje.

Instrumentos de Exploración

De acuerdo a las implicaciones éticas presentadas en el estudio de caso clínico, se hace necesaria la aplicación de instrumentos de exploración y evaluación, con la finalidad de permitir y garantizar la confidencialidad y validez de las sesiones realizadas al paciente.

Consentimiento informado.

Siendo un formato que garantiza la confidencialidad de la historia clínica del paciente, así como sus beneficios y compromisos que se tiene al asistir a la asesoría psicológica. Todo ello respetando la ética y norma reglamentada por la ley 1090 de 2006, código deontológico y bioético. (Ministerio de la protección social, 2006). (Ver anexo 1)

Historia clínica para adultos de la UPB.

Siendo éste el formato proporcionado por la institución de práctica, Instituto de Familia y Vida IPS, el cual recoge información necesaria para el caso (Datos demográficos, motivo de consulta, redes de apoyo, aspectos familiares, área personal, académica, laboral y social, así como los antecedentes familiares, conductas de riesgo, planteamiento terapéutico) (ver anexo 2).

Formato de seguimiento terapéutico.

Formato necesario para registrar las temáticas abordadas en los seguimientos de cada sesión. (ver anexo 3).

Entrevista semi estructurada.

Con la finalidad de una mayor obtención de resultados, se optó por complementar la historia clínica, con una guía puntual para la entrevista clínica semi estructurada. Con base en las afirmaciones de Pantoja, C y Placencia, A (2017), en este tipo de preguntas se acota la información que resulta de ciertos aspectos relacionados con el objeto de estudio, a fin de obtener datos más profundos en temas específicos como; historia personal, causas que lo llevaron a consumir, historia de consumo, al igual que tipo de SPA uso, motivo de consulta, síntomas y

problemas actuales, expectativas frente al tratamiento, entre otras, además, este tipo de preguntas son de gran ayuda para evitar que el entrevistado entregue más información de la necesaria. Por tal motivo, se realizó una guía creada por la autora, la cual fue usada en el estudio de caso. (p.331) (ver anexo 4).

Instrumentos de Evaluación

Inventario clínico multiaxial de Millon III.

Uno de los instrumentos aplicados dentro del estudio de caso, es el Millon (III) (Millón, T, 2009), el cual tiene como objetivo medir problemas emocionales, conductuales e interpersonales; el inventario consta de 175 ítems que evalúa 11 escalas básicas: Patrones: clínicos de personalidad, 3 rasgos patológicos: patología clínica de la personalidad, 7 síndromes de gravedad moderada: síndromes clínicos, 3 síndromes de gravedad severa: síndromes clínicos graves y 4 escalas de control: escalas modificadoras. Basándose en el principio de investigación y uso clínico propio de la prueba: “pacientes clínicos no hospitalizados, agencias comunitarias, centros de salud mental, programas de orientación universitarios, hospitales”, se tomarán los resultados con la finalidad de brindar soporte e información en tareas de evaluación y/o toma de decisiones referentes a las posibles dificultades emocionales que llegue a presentar el usuario. En la adaptación española de la prueba los coeficientes alfa de Cronbach han oscilado entre 0,65 y 0,85 para las escalas de los trastornos de personalidad y entre 0,71 y 0,88 para las escalas de síndromes clínicos del eje I del DSM-IV(ver anexo 5).

La prueba tiene requisitos de invalidez, siendo éste el resultado de una prueba mal aplicada o sesgada, se considerará inválida cuando se cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

- No indicar el sexo de la persona
- La edad es menor a 18 años
- En 12 ítems evitó contestarlas o marcó doble
- Ha respondido verdadero (V) a dos o 3 ítems de la escala V (65-110-157).
- La puntuación directa de la escala (X), correspondiente a sinceridad, es <34 o >178

- Ninguna de las puntuaciones previas de las escalas de patrones clínicos de la personalidad (1a- 8b) es >59

Además de sus requisitos de invalidez, existen puntos de corte, donde se tomarán en cuenta las escalas de síndromes clínicos y trastornos de la personalidad.

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia 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). Así mismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse. (OMS, 2011). (Ver anexo 6).

En cuanto al factor validez, Pérez, Calzada, Rovira, y Torrico (2012) (como se citó en Sainz, et al. 2016), informan que las propiedades psicométricas de las versiones auto administradas de la prueba ASSIST son adecuadas. La versión en español accesible vía Internet muestra un Alfa de Cron Bach aceptable (alfa = 0,779) únicamente para la subescala de cocaína. El análisis factorial exploratorio identificó un único factor que explica el 47% de la varianza, en coherencia con los resultados del análisis confirmatorio.

Inventario de expresión en ira estado – rasgo, Staxi -2.

Evalúa la forma de vivencia y de expresión de enojo o ira, mide de forma concisa, la experiencia, la expresión y el control de la ira. Su elaboración obedeció a dos propósitos

fundamentales: A) determinar los componentes de la ira con vistas a la evaluación precisa de la personalidad normal y anormal; b) proporcionar un instrumento para medir las contribuciones de los diversos componentes de la ira en la evolución de determinados problemas de salud, particularmente la hipertensión, la enfermedad coronaria y el cáncer. Así mismo se encuentra dividido en 6 escalas, 5 sub escalas y un índice de expresión de la ira (IEI), que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira: Estado de la ira (EI), rasgo de la ira (R), expresión externa de la ira (E. Ext), expresión interna de la ira (E. Int), control externo de la ira (C. Ext), control interno de la ira (C. Int). Tres sub escalas de la escala de estado que evalúan distintos componentes de la intensidad de la ira como estado emocional: Sentimiento (Sent.), expresión verbal (Exp. V) y expresión física (Exp. F) Dos sub escalas de la escala de rasgo: Temperamento de ira (Temp.) y reacción de la ira (Reacc). (Miguel- Tobal., Casado-Morales., Cano-Vindel y Spielberger, 2001) (ver anexo 7).

Inventario de depresión de Beck-II.

El inventario de depresión de Beck, es un instrumento de auto informe compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Los ítems son: (1) estado de ánimo, (2) pesimismo, (3) sensación de fracaso, (4) insatisfacción, (5), culpa, (6) castigo, (7) disgusto consigo mismo, (8) acusaciones a sí mismo, (9) ideas suicidas, (10) llanto, (11) irritabilidad, (12) aislamiento social, (13) indecisión, (14) cambio de imagen corporal, (15) dificultad en el trabajo, (16) insomnio, (17) fatiga, (18) pérdida de apetito, (19) pérdida de peso, (20) preocupación somática y (21) pérdida de libido. (Beck, A., Steer, R y Brown, G. 2006). (ver anexo 8).

Procedimiento

Se realizó intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual (TCC), asistiendo el consultante durante 11 sesiones de 50 minutos cada una, con frecuencia semanal, donde se llevó a cabo valoración, evaluación, intervención y cierre terapéutico. El proceso

terapéutico se ejecutó en tres etapas: La etapa inicial tuvo lugar a 2 sesiones de valoración, posterior, la evaluación se dio en 2 sesiones donde se aplicaron instrumentos, finalmente se realizaron 7 sesiones de intervención y cierre terapéutico

Primera etapa

Valoración inicial.

Durante las dos primeras sesiones se realizó la fase de valoración inicial, la cual consiste en la recepción del caso, conocimiento del motivo de consulta, establecimiento de rapport, encuadre terapéutico, diligenciamiento de formato de manejo de datos, consentimiento informado, historia clínica del instituto, se brindó psicoeducación acerca del enfoque cognitivo conductual, se establecieron necesidades y principales problemas de atención, así mismo, durante esta fase inicial, se indaga al consultante sobre la percepción de la situación y las expectativas frente al proceso.

Segunda etapa

Evaluación y diagnóstico.

La fase de evaluación, se realizó a partir de la sesión número 3 donde se utilizaron 10 minutos más de los estipulados para la aplicación de los siguientes instrumentos: El inventario de Depresión de Beck que tiene como objetivo medir la presencia y severidad de sintomatología depresiva, la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias OMS – ASSIST, el cual tiene como objetivo proporcionar información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses (ASSIST-V3.1), el inventario clínico multiaxial de MILLON (MCMI-III), tiene como objetivo medir problemas emocionales, conductuales e interpersonales y finalmente el STAXI 2, el cual evalúa la experiencia, la expresión y el control de la ira, así como de sus facetas de estado, rasgo y expresión y control de ira, así mismo, se realizó evaluación no axial según criterios DSM-5,

2014, sirviendo los instrumentos suministrados como fuente complementaria para posterior confirmación diagnóstica.

Tercera etapa

Intervención.

Posterior a la confirmación diagnóstica se realizó intervención clínica a través de psicoeducación en el modelo cognitivo-conductual, junto con el consultante se plantearon objetivos terapéuticos, metas clínicas, se llevó a cabo entrenamiento, ejecución e implementación de técnicas, así mismo, se trabajó en 4 sesiones 15 minutos, usando la estructura de entrevista motivacional y documento de intervención breve vinculado a ASSIST (ASSIST 2010) para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. El proceso se desarrolló durante 11 sesiones de 45 minutos cada una, con frecuencia semanal, de las cuales 7 fueron de intervención.

Así mismo se emplearon las siguientes técnicas.

Psicoeducación. Consiste en educar o proporcionar información al consultante acerca del trastorno que padece. El objetivo es que el consultante entienda y sea capaz de manejar el trastorno o problemas que presenta. A través del entrenamiento en Psicoeducación, se logra aumentar la adherencia al tratamiento, factor crucial en el éxito terapéutico. (Camacho, 2003).

Respiración diafragmática. es una forma básica de técnica de control de estrés, mediante el cual se centran todos los pensamientos en la respiración para despejar la mente y así aumentar la capacidad atencional. (Baechle, T y Earle, R, 2007, p,203)

Reestructuración cognitiva. Consiste en que, el consultante, con la ayuda final del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas

hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos. (Bados, A y Grau, E. 2010).

Entrenamiento en habilidades de comunicación. mejorar los procesos lingüísticos y generar habilidades en el lenguaje, 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, p95).

Terapia de resolución de problemas. Pretende enseñar al sujeto un método sistemático para la solución de problemas correspondientes a cinco habilidades: 1. Orientación hacia el problema, 2. Definición y formulación del problema, 3. Generación de soluciones alternativas, 4. Toma de decisiones, 5. Puesta en práctica y evaluación de la solución elegida. (González, F. 2002. P 517).

Terapia de pareja. Consiste en una tríada, donde cada actor actúa como agente de regulación de las emociones entre los otros dos, mediante el cual se debe crear un vínculo a través de la empatía y la mentalización, logrando obtener resultados satisfactorios. (Villanueva, L y Molina, M. 2014, p 43).

Entrenamiento en habilidades de manejo de conflictos. estrategia mediante el cual el objetivo principal es encontrar soluciones satisfactorias para ambas partes: plantear alternativas, abrir líneas de comunicación, aceptar la responsabilidad, maximizar las semejanzas y minimizar las diferencias. (Montes, C., Rodríguez, D y Gonzalo, S. 2014, p 239).

Prevención de recaídas. Parte de que el sujeto vuelve a consumir una sustancia porque ante una situación de riesgo no dispone de las estrategias adecuadas para mantener la

abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto emite una respuesta adecuada que evite el consumo, la sensación de control y de auto eficacia percibida se incrementarán, y con ello la probabilidad de futuros consumos se reducirá. (Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985, citado en Becoña et al 2011).

Fase de Intervención

Formulación de caso clínico

Datos de sociodemográficos:

Nombre: W.J.A

Edad: 27 años

Sexo: Masculino

Lugar de nacimiento: Bucaramanga

Escolaridad: Tecnólogo

Ocupación: Estampador

Religión: católico

Estado civil: Unión libre

N° de hijos (as): 1

Tipología familiar: Familia nuclear con hija menor en el hogar.

Genograma 1

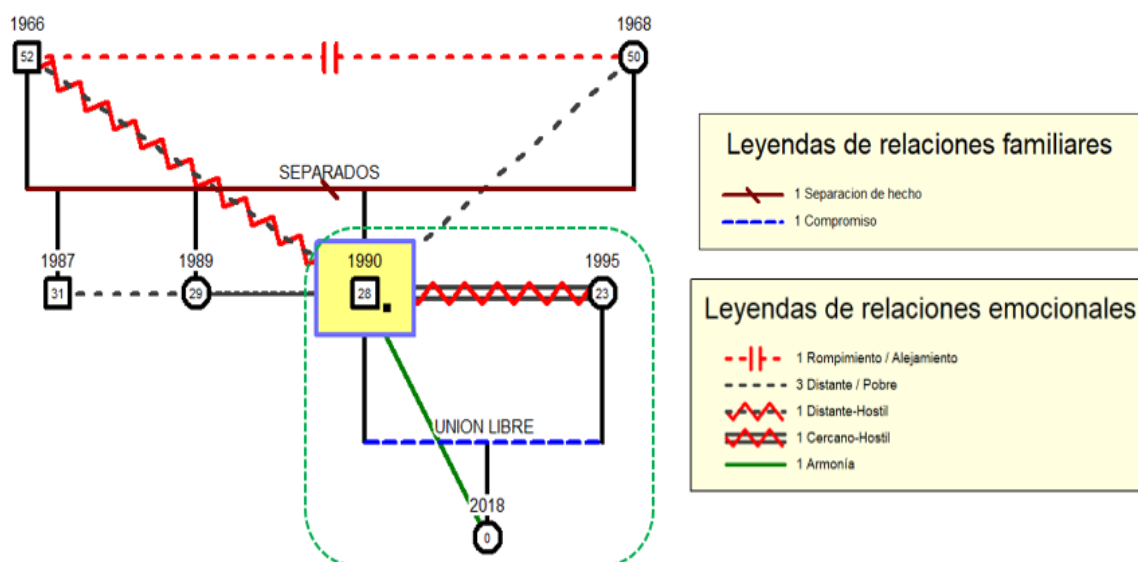


Figura 1. Genograma del consultante WJA.

Tipología. Familia nuclear conformada por pareja e hija de 9 meses de edad dentro del hogar. El consultante identificado es WJA, quien mantiene relación conflictiva con su pareja, con dificultades para solucionar conflictos, WJA proviene de núcleo familiar primario compuesto por padres separados, dos hermanos, presentando relaciones conflictivas constantes con el padre y distantes con su madre y hermanos. Por otra parte, manifiesta armonía y compromiso con su hija, debido a que; actualmente es su primer y única hija, lo cual le genera sentimientos de protección y cariño. La relación con los demás miembros de la familia es distante, pobre, tendiendo al distanciamiento, siendo su interacción nula o de baja frecuencia.

Tabla 1

Descripción familiar

<i>Nombres y apellidos</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Edad*</i>	<i>Grado de escolaridad</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Relación</i>
C. A	Padre	52	Ingeniero	Pensionado	Conflictiva
M.M	Madre	50	electrónico	Ama de casa	Rompimiento
C. A	Hermano	31	Bachiller	Tecnólogo	Distante
M.A	Hermana	29	Supr. Ambiental	Profesional	Distante
Y.D	Pareja	23	Administradora	Bachiller	Íntima /
M.A	Hija	9	Independiente	N/A	conflictiva
		meses	N/A		Positiva

*Nota: * La edad corresponde al momento en que inicia la intervención.*

Motivo de consulta. Paciente remitido por fiscalía debido a problemática de violencia intrafamiliar, quien refiere *“estoy acá porque discutí con mi pareja y me altere tanto que la empuje y la aruñe, en ese momento paso la policía me detuvieron y ella me demandó y luego no se presentó a la audiencia”*

Descripción del motivo de consulta. Expresa que la situación se presentó a causa de los celos de su pareja, acepta que la maltrato al tomarla por el cuello y lanzarla al piso, lo cual dejó como resultado su detención. Manifiesta sentir amor tanto por su mujer como por su hija, se describe como *“soy una persona sociable, calmado, no soy agresivo y lo que quiero es mejorar cada día como persona, como pareja y padre que soy”*, así mismo refiere que, en su relación sentimental no se había presentado una situación de maltrato, pero si, problemas de comunicación. Durante entrevista se logra establecer: síntomas de tristeza durante infancia y adolescencia sin embargo respondía bien ante sus obligaciones diarias (rendimiento académico), al igual que síntomas actuales de ira, irritabilidad, ansiedad e intranquilidad. Consumió sustancias psicoactivas por primera vez a los 17 años (cigarrillo, alcohol y cannabis) debido a conflictos generados en su entorno familiar, a los 21 años se marcha de su casa e inicia consumo de diversas sustancias, a los 23 años consigue pareja estable con quien presenta relación conflictiva a causa del consumo actual de cannabis. El consultante no logra admitir que un elevado consumo de sustancias puede generar problemas a nivel mental, psicológico o físico, además de generar inconvenientes y conflicto dentro de su entorno social y familiar.

Problema. WJA presenta abuso en el consumo de sustancias psicoactivas (cannabis), el cual le ha generado un problema significativo en las diferentes áreas de funcionamiento (psicológica, familiar, fisiológica, social y laboral), situación que ha mantenido a través de la dependencia física y psicológica de la sustancia, evidenciadas en el deseo o necesidad de consumir, así como, continuar consumiendo a pesar de presentar recurrentes problemas interpersonales exacerbados por los efectos del mismo, a su vez, da muestra de intentos

fracasados por abandonar o controlar el consumo de cannabis, lo que desencadena la presencia de síntomas asociados a la abstinencia como la ansiedad e irritabilidad.

Es importante resaltar que el paciente presenta abstinencia de cannabis, además de otros factores como: la relación conflictiva / distante con su padre, ausencia de la madre, conflictos con su pareja, experiencia subjetiva sobre los beneficios de consumir la sustancia para facilitar su desempeño en las labores diarias.

Descripción del problema. Manifiesta consumir cannabis desde los 17 años de edad, refiere querer dejar de consumir para continuar con su vida y su familia. Se evidencian la presencia de cambios en su comportamiento debido a la reducción en la frecuencia de consumo, donde el no uso de cannabis le produce irritabilidad, en situaciones de trabajo como; cuando requiere terminar una tarea rápido y no lo logra, así mismo al llegar a casa y su pareja le hace alguna observación, manifiesta empezar una discusión, que logra producir ira, irritabilidad y dificultad para concentrarse, síntomas de abstinencia reconocibles en él y que solo logra calmar por medio del consumo. Por otra parte, las primeras manifestaciones del problema se presentaron durante su adolescencia probablemente desencadenadas por historia familiar conflictiva, por lo que esto es un factor predisponente de comportamientos disfuncionales actuales en el consultante como lo es el déficit en la regulación emocional y habilidades para solucionar problemas.

Expectativas del consultante.

- Disminuir los niveles de ira y/o agresividad
- Disminuir el consumo de sustancias psicoactivas (cannabis)
- Mejorar la relación de pareja
- Mejorar la comunicación asertiva

Examen mental.

Porte comportamiento y actitud. Se observa apariencia adecuada, (Ropa adecuada a su edad), tono de voz apropiado, fluidez verbal acorde a su edad cronológica. Paciente comprometido y receptivo frente a los compromisos pactados en las sesiones.

Estado de conciencia y orientación. sensorio claro orientado en sus tres esferas, discurso coherente y lógico al expresar pensamientos y sentimientos, así mismo se pregunta percepción de la situación y expectativas frente al proceso terapéutico.

Atención y concentración. Adecuado frente a su edad mental y cronológica

Memoria. conservada, sin alteraciones.

Historia personal.

El Paciente proviene de una familia nuclear, refiriendo ser el menor de 3 hermanos, además del abandono de su madre cuando él tenía 4 años de edad, a su vez expresa haberse sentido triste durante su infancia y adolescencia; sin embargo, respondía bien ante sus obligaciones diarias (rendimiento académico, comportamiento).

En su niñez presentó un desempeño adecuado y adaptativo. En su discurso se logra apreciar historia con manifestaciones de afecto hacia él durante su infancia por parte de su familia, en la adolescencia del paciente, su padre logró conseguir una pareja, motivo desencadenante de emociones, inseguridades y conflictos. Refiere además haber sentido un rencor hacia su padre por el abandono de su mamá, en ese mismo año el comportamiento de W. se tornó más conflictivo, evidenciado en malestar constante en cuanto a la relación con los demás miembros de la familia (Padre, hermanos), obteniendo como resultado, aislamiento, baja tolerancia a la frustración, déficit en habilidades sociales, así como, ausencia de comunicación dentro de la dinámica familiar, generando ineficaces estrategias de afrontamiento frente a situaciones vitales en su desarrollo no obstante, mantenía su promedio alto en el desempeño de clases (secundaria). En su adolescencia probó por primera vez sustancias (17 años), debido a los conflictos generados en su entorno. A los 21 logra irse de la casa y comienza a depender del consumo de alcohol y sustancias, ya que afirma sentirse presionado por su padre constantemente, deseando independizarse para sentirse tranquilo bajo sus propias reglas. En su etapa de adultez, logra encontrar pareja y formar una familia, refiriendo continuar con el consumo de sustancias y alcohol. Debido a sus acciones, se torna una persona conflictiva, desencadenando finalmente en agresión hacia su pareja. Afirma que nunca la había maltratado físicamente, al mismo tiempo

que, no sucederá más. Acude a psicología remitido por la fiscalía con la finalidad de brindar proceso de psico educación.

Evaluación Sincrónica.

El paciente ha permanecido en una situación económica y laboral estable, refiriendo dedicarse a sus labores (Estampador) y suministrar lo necesario para él y su familia, así mismo asegura trabajar de manera más eficaz si consume antes de la jornada laboral su dosis personal de cannabis, el no conseguirla o tomarla genera factores desencadenantes de estrés y ansiedad en el consultante, consecuentes con síntomas de dependencia y abstinencia frente al consumo. Actualmente vive con su pareja e hija, una niña de 9 meses de edad, la cual deja al cuidado de su pareja, adicionalmente; la relación de pareja es inestable, ocasionando discusiones, pleitos y agresión verbal, generando dificultades para manejar el control de la ira y malestar en la relación conyugal. Finalmente, los problemas con su familia, en especial con su padre, desencadenan en él estrés y ansiedad. En consecuencia, es remitido por la fiscalía debido a la problemática de violencia intrafamiliar evidenciada en espacio público, al que ordena asistir a psico-educación con el fin de mejorar su conducta violenta.

Evaluación Diacrónica.

Factor predisponente. Desde el nacimiento se ha visto reflejado Inestabilidad frente a sus cuidadores; las consecuencias desfavorables a nivel socio familiar como la desestructuración, donde la madre del consultante abandona su familia cuando él tenía cuatro años de edad, reflejando la inexistencia de comunicación asertiva por parte del padre y madre frente a la situación presentada, exponiendo al paciente a imaginarios de culpa y rechazo hacia su padre, además de sentimientos de tristeza y odio a su madre.

La desvinculación afectiva con sus padres y hermanos, ausencia de comunicación asertiva con su pareja y las limitadas relaciones interpersonales, generan en W. sentimientos de ira, vulnerabilidad sobre el entorno, predisponiendo al paciente a consumir sustancias psico activas

(cannabis) como conducta de escape, con la finalidad de optimizar su desempeño en el trabajo y conseguir relajación a nivel personal.

Precipitantes. Diferencias con su pareja, su padre o su jefe, generan un choque en su esquema mental frente al consumo del cannabis, además de situaciones de conflicto dentro del hogar.

Factor de adquisición. Consumo de cannabis como medida de afrontamiento para escapar de la realidad que le aqueja (contexto laboral, relación de pareja y patrones de crianza), mecanismo adquirido desde su hogar, situación que utilizaba para olvidar discusiones con su familia.

Factor desencadenante. Situaciones de estrés relacionado con discusiones de pareja, comunicación con sus padres o hermanos, jornada laboral.

Factores de mantenimiento. Experiencia subjetiva por parte del consultante sobre la sensación de placer y tranquilidad generadas al consumir sustancias psico activas (cannabis), generando en él imaginarios con respecto al aumento de productividad durante el día en su aspecto laboral, social y familiar, ausencia de afecto y comunicación familiar, déficit en estrategias de afrontamiento para solucionar problemas.

Factores Protectores. Voluntad de cambio, reconocimiento de habilidades frente conocimientos, queriendo continuar con su preparación como tecnólogo ambiental y trabajar en lo que estudio como proyecto de vida, el deseo de superación personal, apoyo de su pareja conyugal y padre del paciente.

Dominios.

Estado afectivo. su patrón de comportamiento afectivo es apropiado sin alteraciones en cuanto expresa sentimientos en concordancia con su discurso. sin embargo, se evidencia deseos

de consumir la sustancia psico activa cuando se presentan situaciones de estrés o discusiones de pareja, ocasionando sentimientos de ira o malestar emocional.

Cognitivo/ Verbal. Lenguaje coherente y lógico, pensamiento fluido y coherente.

Estado de ánimo. irritable, ansioso y triste al hablar sobre eventos relacionados con su familia, consumo de sustancias y relación de pareja. Cuando se menciona a su padre o madre, su estado de ánimo cambia rápidamente, ubicándose en estado de alerta o negación ante las preguntas realizadas.

Interacción social. Refleja una adecuada interacción con la mayoría de las personas, con su grupo de trabajo y amigos; sin embargo, se evidencia dificultad en la relación con su núcleo familiar, ya que son ellos los principales afectados ante las secuelas generadas por los síntomas del consumo de cannabis.

Repertorios relacionados a salud. manifiesta conductas de autocuidado, no reporta antecedentes médicos o psiquiátricos. Refiere haber estado en un grupo de rehabilitación relacionado al consumo de sustancias a la edad de 19 años.

Contexto de funcionamiento.

Familiar. Familia nuclear, actualmente convive con su pareja e hija, con su pareja mantiene una relación cercana pero conflictiva, generando malestar en la dinámica familiar, con su hija, su relación se torna ausente, refiriendo llegar tarde y cansado del trabajo para compartir tiempo de calidad. La relación de su pareja frente a su hija es cariñosa y cercana.

Sexual. Estable, mantiene intimidad sexual con su pareja.

Académico/ Laboral. El consultante logró culminar sus estudios de secundaria, además de terminar su carrera como tecnólogo. Actualmente no ejerce laboralmente su profesión; afirma sentirse tranquilo con su trabajo de estampador, labor que ha desempeñado desde su independencia, así mismo refiere querer continuar preparándose para lograr obtener un título profesional.

Social. Se considera como una persona sociable, extrovertido y con buenas relaciones en el trabajo o amigos cercanos.

Condiciones ambientales. Ambiente cultural de ciudad pequeña (área metropolitana), recientemente se trasladaron a la región (5 meses), ya que anteriormente residía con su pareja e hija en Medellín. Actualmente el paciente es el único que trabaja, mientras su pareja se encarga del cuidado de la menor.

Estímulos discriminativos. Problemas relacionales con su jefe, padre y pareja, que le generan tristeza, ansiedad, ira, irritabilidad y falta de autocontrol.

Listado de problemas.

- Consumo de sustancias psico activas (cannabis) como mecanismo de escape de la realidad, generando imaginarios de placer, tranquilidad, aumento de la productividad en el trabajo, así como de sus tareas diarias.
- Dificultades en las relaciones laborales, familiares y de pareja
- Sentimientos de tristeza, ira, irritabilidad y ansiedad, así como, falta de autocontrol generado por la abstinencia de cannabis.

Formulación de Hipótesis

Paciente de 27 años de edad, sexo masculino, nivel de escolaridad tecnológico, padre de una niña de nueve (9) meses, producto de relación sentimental de 3 años, con quienes convive en la actualidad.

Presenta antecedentes en, historia familiar disfuncional durante su niñez, la cual estuvo marcada por serie de eventos como el abandono de su madre a la edad de 4 años y la relación conflictiva constante con su padre, lo cual fue generando durante su infancia conductas de; aislamiento, baja tolerancia a la frustración, déficit en habilidades sociales, así como, ausencia de comunicación dentro de la dinámica familiar; factores que posiblemente lo hicieron vulnerable en su adolescencia, para el inicio de consumo de sustancias psicoactiva a los 17 años de edad, generando ineficaces estrategias de afrontamiento frente a situaciones vitales en su desarrollo,

las cuales fueron condicionadas y mantenidas producto de factores individuales y socio familiares.

En la actualidad, presenta patrón problemático en consumo de cannabis, mostrando sintomatología episódica que le generan malestar clínicamente significativo en sus relaciones sociales, familiares y de pareja. En cuanto a criterios diagnósticos congruentes con sus síntomas, se evidencia; el deseo por consumir, así como los esfuerzos fracasados por abandonar o controlar su uso. Así mismo, los síntomas presentes de fatiga, agitación, ira, irritabilidad y agresividad, se relacionan con la aparición de un síndrome de abstinencia. De acuerdo con lo anterior el paciente cumple con criterios diagnósticos según DSM-V para 305.20 (F12.10) Trastorno por consumo leve de cannabis en remisión parcial.

Análisis explicativo

Repertorio de autocontrol. El consultante cuenta con estrategias de afrontamiento ineficaces, presentando conductas de evitación que lo llevan al consumo, eludiendo así enfrentar situaciones que le generen malestar emocional. Se evidencian intentos previos por superar su adicción, por otra parte, se muestra disposición y compromiso durante el proceso a través del aprendizaje e implementación de técnicas y estrategias de afrontamiento aplicadas al control conductual y cognitivo.

Autoconocimiento. Es consciente de los inconvenientes generados por el consumo de cannabis, tanto en su relación de pareja, como en la realización de sus actividades diarias, adquiere una postura racional con respecto a las consecuencias a nivel mental, físico, familiar y social sobre el uso de SPA, al igual que, reconoce como causa de su adicción el abandono de su madre y la ausencia afectiva de su padre, así como sintomatología presentada asociada a la abstinencia y menciona que logra autorregularse.

Regulación verbal del comportamiento. Se utilizan auto instrucciones como “debo evitar lugares donde me encuentre con amigos que consumen” “si elijo compartir momentos con mi pareja y con mi hija me sentiré bien al igual que ellas” “si mis amigos me molestan por pasar tiempo con mi familia y no salir con ellos a beber o consumir cannabis, debo ignorarlos y

alejarme de ellos”, “mi pareja también está cansada de cuidar la niña todo el tiempo, debo responder a las cosas con calma y no enojarme”, “puedo trabajar mucho mejor sin consumir la droga”.

Repertorios para modificar el ambiente. toma la decisión de iniciar y continuar proceso terapéutico de forma autónoma, aunque la fiscalía solo le exigía 4 sesiones en psicoeducación para el manejo de la ira, asistiendo a 11 sesiones. Utiliza recursos para modificar su ambiente como; evitar situaciones y personas que puedan provocarle ansiedad por el consumo de la sustancia, integra a su pareja en el proceso terapéutico, utiliza estrategias de distracción compartiendo más tiempo con su hija y pareja, al mismo tiempo que recupera vínculos afectivos con padre y hermanos.

Conducta clínicamente relevante. dentro y fuera del contexto terapéutico

Clase funcional – CCR. Comportamiento de evitación y escape ante situaciones estresantes en las que tiene que encontrar una solución a problemáticas que le generan malestar clínicamente significativo acudiendo al consumo de cannabis.

Conductas tipo 1.

A: Ante intentos de acercamiento en la relación familiar, así como demostraciones de afecto de su padre y hermanos, el consultante evade todo tipo condiciones huyendo de la situación, no se comunica telefónicamente con sus hermanos, al mismo tiempo que no le gusta que su padre lo visite, así como evita saber de su madre (rememoramiento de recuerdos de su infancia).

B: En situaciones que le demandan mantener una comunicación asertiva con su pareja frente a diferencias relacionales, W.J.A. reacciona con irritabilidad, ira, y agresividad, evade la conversación manifestando poca importancia ante la solución de problemas, optando por el consumo (evitación en la solución de problemas).

C: Situaciones de valoraciones y peticiones en el área laboral. Menciona que su jefe es demasiado demandante, solo le hace exigencias a él y por el contrario es condescendiente con sus demás compañeros de trabajo (dificultad para expresar sentimiento de forma asertiva).

Términos funcionales haciendo referencia a las mejorías. Topografía dentro y fuera de sesión.

Conductas tipo 2.

Luego de construir una relación terapéutica positiva y a través del uso de autorregistros se trabaja en sesión la identificación de situaciones del pasado que el consultante permitió evocar sin evitar hablar del abandono de su madre y la relación conflictiva con su padre, situaciones a las que atribuye las conductas problema en la actualidad, donde se identificaron pensamientos automáticos como la distorsión cognitiva en la magnificación de aspectos negativos y minimización de aspectos positivos en su historia de vida, llevándolo a realizar inferencias arbitrarias sin tener prueba de ello, distorsionando sus pensamientos. Posterior a la identificación de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, se planteó respuestas alternativas, como; “aunque mi mamá no estuvo presente en mi infancia nunca estuve solo, siempre me apoyaron mis hermanos, al igual que mi padre, lo que me permitió culminar una carrera tecnológica” al mismo tiempo el consultante logro realizar una reevaluación positiva acerca de las creencias distorsionadas, logrando mejoría en emociones como el enojo, la tristeza y la irritabilidad que sentía. Se potenciaron conductas de afrontamientos ante situaciones problema mediante técnicas de comunicación asertiva, así como a, identificar y reconocer emociones como la ira al mismo tiempo que manejo y control de las mismas dentro y fuera de consulta con sus familiares, su pareja y jefe, igualmente a reconocer situaciones que ponen en riesgo de recaída.

Función explicativa. la conducta de consumo del consultante estaría asociada a problemática familiar creando estrategias de afrontamiento ineficaces siendo este vulnerable frente al consumo de sustancias buscando mitigar carencias afectivas dando inicio de consumo de cannabis durante su adolescencia, afectando su contexto familiar y social.

Diagnóstico.

Como resultado de la evaluación se logró identificar que el consultante cumple con criterios diagnósticos del DSM-V para 305.20 (F12.10) Trastorno por consumo leve de cannabis en remisión parcial.

Plan de Intervención

Teniendo en cuenta el diagnóstico y problemas asociados al consumo de cannabis, se diseñó plan de intervención dirigido a la modificación de esquemas y repertorio de conductas mediante la aplicación de técnicas del modelo cognitivo conductual, de ésta manera se podrán reforzar habilidades de afrontamiento que le permitieran reducir el malestar asociado al consumo de cannabis para lograr incrementar su autoeficacia y competencia personal, así como mejorar su calidad de vida y para lograrlo la intervención se planteó en el siguiente orden:

Psicoeducación desde el modelo cognitivo conductual. Proveer de información sobre el problema (concepto, etiología, pronóstico, tratamiento y pautas de actuación correcta).

Reducir frecuencia, intensidad y duración de episodios de ira. Respiración diafragmática: entrenar al paciente en ejercicios de respiración y reestructuración cognitiva.

Brindar herramientas para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas. Reducción del consumo de sustancia (cannabis): Entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales (Estrategias de solución de problemas, Estrategias de control de la activación emocional, Habilidades de afrontamiento paliativo).

Técnicas. relajación, reestructuración cognitiva, autorregistros, descubrimiento guiado, conceptualización de alternativas, desviación de la atención o distracción externa, busca de apoyo social.

Desarrollar habilidades de comunicación que le permita expresar pensamientos y sentimientos de forma adecuada. Mejorar las relaciones familiares y de pareja: Entrenamiento

en habilidades de comunicación, entrenamiento de comunicación de emociones, entrenamiento de habilidades para manejo de conflictos y Terapia de pareja (apoyo social).

Prevención de recaídas. Repaso de los objetivos terapéuticos Descripción de los cambios producidos, Lista de técnicas aprendidas, Anticipación de posibles situaciones estresantes. (Ver anexo N° 9, desarrollo del plan de intervención).

Resultados

De acuerdo con lo establecido en la presente monografía, se han cumplido con los objetivos terapéuticos propuestos, así mismo se describirán los resultados (PRE) y (POS) de las pruebas aplicadas durante las sesiones realizadas. Para corroborar la hipótesis se aplicó el inventario multiaxial de Millon III, el inventario de ira – estado STAXI II, el ASSIST y el inventario de depresión de BECK II. Los resultados obtenidos de cada una de las pruebas serán explicados a continuación.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

El instrumento de Millon III, tanto en los resultados del PRE como del POS, obtuvieron la validez y confiabilidad necesaria para su interpretación, dichos puntajes son considerados válidos porque el paciente es mayor a 18 años, sus puntuaciones previas de las escalas de patrones clínicos de la personalidad (1a-8b) es mayor a 59, además, la puntuación directa de la escala (X) correspondiente a sinceridad es < 34 y > 178 . De acuerdo con los resultados correspondientes al PRE, el paciente logra puntuar alto en el síndrome clínico de dependencia de sustancias (T), siendo coherente con el motivo de consulta del paciente, así mismo ha puntuado alto en el síndrome clínico de personalidad antisocial (6A) caracterizado por “impulsividad, atrevimiento, tensión emocional inconsistencia ante las normas, ansiedad u bajo autocontrol”, Millón, T. (2009), reflejando el comportamiento del consultante al momento de iniciar el proceso terapéutico.

En cuanto a la evaluación POS, se ha logrado observar puntuaciones bajas en la mayoría de las escalas presentadas en la evaluación PRE, siendo significativas, la disminución especialmente en síndrome clínico de personalidad antisocial (6A) y en dependencia de sustancias (T), indicando que, dichas variables ya no objeto de atención clínica relévate, generando como resultado la intervención efectiva sobre los factores que incidían en la provocación a nivel emocional del consultante, lo cual, su pareja ha corroborado de manera positiva, afirmando cambios comportamentales durante el transcurso de las sesiones.

Tabla 2

Resultados PRE y POS Inventario Multiaxial de Millon III

INVENTARIO MULTIAXIAL DE MILLON III			
Patrones clínicos de personalidad		PRE	POS
6A	Antisocial	75	70
B	Dependencia del alcohol	72	66
T	Dependencia de sustancias	78	69

Prueba ASSIST

La prueba ASSIST se ha aplicado con la finalidad de corroborar con la hipótesis principal de la monografía. Con el fin de analizar los resultados PRE Y POS de la presente prueba, se debe tener en cuenta que está encargada de la detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias durante el período de los últimos tres (3) meses, además de catalogar el nivel de riesgo en bajo, moderado y alto. Mediante los resultados de la prueba PRE, se ha logrado detectar el nivel de riesgo moderado en cuanto al consumo de cannabis, lo cual implicó la ejecución de una intervención breve por el clínico correspondiente, dirigida a modificar la conducta en relación con la sustancia frecuentemente usada.

Una de las puntuaciones más elevadas corresponde a la frecuencia (P.2) con la cual el paciente logra consumir la sustancia, siendo su respuesta (4) de semanalmente; lo cual reafirma la hipótesis frente a su dependencia de sustancias, además de los síntomas de ira y ansiedad producto de los deseos y abstinencia por consumir la sustancia, dicha respuesta se ha visto evidenciada, comparándolo con la pregunta número cuatro (P.4), mediante la cual hace alusión a la frecuencia del consumo de sustancias y los problemas que ha causado a nivel de salud, social, legal o económico en los últimos tres meses, siendo éste semanalmente (4). Los resultados de la prueba Pre son corroborados con las respuestas de su pareja, donde ella afirma notar cambios en el comportamiento antes y después de consumir la sustancia (cannabis).

Con base en el resultado POS; se ha logrado evidenciar un avance significativo frente al consumo de sustancias (Cannabis) del consultante; logrando una disminución de semanalmente a mensualmente, siendo un logro considerable para el paciente, además de notar mejoría en cuanto a su comportamiento, al igual que en sus respuestas emocionales y fisiológicas, niveles de ansiedad y de ira. En cuanto a la puntuación de la prueba, continua dentro del riesgo moderado; sin embargo, se evidencia la efectividad del tratamiento y estrategias realizadas. Finalmente, se ha generado una disminución considerable en la última pregunta, correspondiendo a sus deseos de reducir o eliminar el consumo de la sustancia y no ha logrado el éxito, siendo su respuesta de (0), lo cual hace énfasis en la efectividad de la intervención cognitivo- conductual ante el consumo de cannabis.

En la tabla número 3 se evidencian los cambios frente a los resultados PRE y POS del ASSIST.

Tabla 3*Resultados PRE y POS prueba ASSIST*

RESULTADOS PRE Y POS PRUEBA ASSIST		
PREGUNTA	PRE	POS
2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó?	4	3
3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir	0	0
4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	4	4
5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	0	0
6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	3	3
7. ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	3	0
Total	14	10

Inventario de Expresión de Ira Estado – rasgo STAXI II

Antes de analizar los resultados PRE y POS de la prueba, se debe tener en cuenta que, puntuaciones elevadas del centil 75 o por debajo del centil 25, se consideran como interferencia en el funcionamiento óptimo de la persona; de acuerdo con los resultados PRE, se logra evidenciar

niveles de rango debajo del centil 25 en la mayoría de las sub escalas, lo cual indica que podría estar reprimiendo sentimientos de ira, en cuanto a la Escala de Rasgo de ira: presenta una puntuación baja y las sub escalas de temperamento (Temp) es de 40 normal y reacción (Reacc) de 5, por debajo de lo normal, significando que puede estar reprimiendo sentimientos de ira, en la *expresión interna de la ira (E. Ext.)* se mostró por debajo de lo que representa no mostrar una conducta agresiva o que está generando mecanismo de negación de la ira, en la *expresión interna de la ira (E. Int.)* se encuentra en un rango bajo indicando supresión de ira en algunas situaciones, para el *control externo de la ira (C. Ext.)*, puntuó bajo normal, donde en algunas situaciones puede experimentar o reprimir la experiencia, en cuanto a *control interno de la ira (C. Int.)* se encuentra en un rango bajo lo cual significa que no puede responder con una conducta asertiva a una situación inadecuada, en el índice de *expresión de Ira (IEI)*, está en una puntuación normal, mostrando no experimentar intensos sentimiento de ira.

En cuanto a la aplicación POS de la prueba, se observó una tendencia a normalizarse los resultados en expresión y manejo de sentimientos de ira, ubicando a la mayoría de escalas y sub escalas en un rango de normalidad (Centiles entre 25-75), indicando una mejoría de ira dentro del comportamiento, así mismo ubicándolo dentro de lo esperado. Las mejorías se evidenciaron en la Escala de Rasgo de ira: Presentando una puntuación normal (40) y las sub escalas de temperamento (Temp) de 40 normal y reacción (Reacc) de 45, significando que puede mantenerse estable frente a las críticas, agravios y evaluación negativa de los demás, la *expresión externa de la ira (E. Ext.)* fue de 30, significando, que no muestra una conducta agresiva hacia otras personas u objetos del entorno, en la *expresión interna de la ira (E. Int.)* está en un puntaje de 35, lo cual significa que no suprime sus sentimientos de ira, en cuanto al *control externo de la ira (C. Ext.)*, puntuó 35, siendo normal, en comparación a el *control interno de la ira (C. Int.)* donde continua encontrándose en un rango bajo, generando como resultado una baja aptitud para calmar o reducir su ira, finalmente, en cuanto a el índice de *expresión de Ira (IEI)*, está en una puntuación normal, mostrando la no experimentación de intensos sentimiento de ira.

Tabla 4*Resultados pre y pos prueba Staxi 2*

RESULTADOS PRE Y POS APLICACIÓN PRUEBA STAXI -2								
	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC	E.EXT	E. INT	C. EXT	C. INT	IEI
PRE	10	40	5	20	15	35	20	50
POS	40	40	45	30	35	35	20	60

Inventario de Depresión de Beck- II

De acuerdo con la prueba, los resultados se logran dividir dependiendo del nivel de rango, siendo, en su respectivo orden, Mínimo (con puntuaciones entre 0-13), leve (14-19), moderada (20-28), grave (29-63). Conforme a, la evaluación Pre, se logra evidenciar la ausencia de síntomas depresivos en el consultante ya que su puntuación directa de 8 no indica datos de interés como indicadores de posible presencia depresiva, interpretándose como: Estados altibajos considerados como normales.

Frente a la prueba Pos, su puntuación directa fue de 4, la cual continúa indicando ausencia de conducta depresiva. Finalmente se permite concluir que el consultante no presenta patrón clínico relevante relacionado con presencia de síntomas depresivos, así mismo, tanto el PRE como el POS de la evaluación, permite concluir que el evaluado mostro una tendencia a obtener puntuaciones más bajas en 6 de los 21 ítems evaluados del Inventario de Depresión de Beck-II pos tratamiento.

Tabla 5*Resultados pre y pos inventario de depresión de Beck*

**RESULTADOS PRE Y POS APLICACIÓN INVENTARIO DE
DEPRESIÓN DE BECK II**

grupos	Pre-test	Pos-test
Pérdida de placer	1	0
Sentimientos de culpa	1	0
Agitación	1	0
Perdida de interés	2	1
Indecisión	1	1
Irritabilidad	1	0
Autocrítica	1	1
Dificultad de concentración	1	1
Total	9	4

En consecuencia, con los resultados obtenidos pos tratamiento, se muestra balance positivo en cuanto el alcance de la intervención realizada, indicado en puntuaciones más bajas, evidenciándose así la autoreevaluación positiva por parte del paciente frente a su situación. Por otra parte, es importante mencionar los ítems que no presentaron variabilidad, como lo fueron la autocrítica que se mantuvo en un puntaje de 1, al igual que la dificultad de concentración, probablemente la primera es producto del proceso en que se encuentra frente a las consecuencias del consumo de cannabis y la segunda como síntoma asociado a la abstinencia.

En general, los objetivos propuestos se cumplieron con satisfacción, indicando la eficacia del proceso terapéutico, así como las estrategias utilizadas por el psicólogo, resaltando la efectividad del enfoque cognitivo conductual. Las evidencias obtenidas en las evaluaciones de los instrumentos aplicados tanto PRE como POS permitieron el diagnóstico y posterior plan de

intervención, con el propósito de modificar patrones de conducta, cambios fisiológicos, emocionales, sociales y familiares, así como la frecuencia frente al consumo de la sustancia (cannabis), además de la generación de estrategias de afrontamiento en el paciente.

En consecuencia, el plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual y sus técnicas como las psicoeducación, prevención de recaídas, reducción de la frecuencia, intensidad y duración de episodios de ira, permitieron en el paciente la capacidad de comprender y reconocer el riesgo en el que una persona se enfrenta al consumir y abusar de las PSA, en este caso en particular, del cannabis.

Discusión

Tras describir y analizar los resultados obtenidos en relación al presente estudio de caso frente al tratamiento implementado en consultante con trastorno por consumo leve de cannabis, utilizando el modelo cognitivo conductual, los resultados fueron consistentes y significativos, generando aportes al campo de la psicología clínica. Esto corresponde con lo encontrado en estudios realizados por Hervás, gradolí, Gurrea Bou y Gallús. (2011), donde afirman haber encontrado resultados positivos en cuanto a la intervención y tratamiento de la terapia cognitivo conductual para reducir el malestar psicológico y el consumo de drogas. A través de la intervención desarrollada, además de las estrategias y terapias implementadas, se logró cumplir con el objetivo principal del estudio, resaltando la importancia y los riesgos a nivel emocional, físico, social y familiar que pueden generarse de continuar con el consumo de sustancias.

Por otro lado, autores como Villareal (como se citó en Aguirre, Pinzón y Ibáñez 2016), formulan la relación existente entre el consumo de sustancias y los factores de riesgo en el ámbito familiar, mediante el cual consta que la existencia de conflictos en la familia, una pobre interacción entre padres e hijos, disciplina inconsistente o carencia de disciplina, expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, un control o supervisión pobres, una aplicación excesiva al castigo y clima familiar conflictivo, pueden predecir el desarrollo de conductas de riesgo relacionadas con el consumo. Factor evidenciado en la historia del consultante, donde la

existencia de disfunción en el contexto familiar, así como los conflictos y la poca interacción, otorgaron como resultado el consumo de sustancias.

Durante la intervención, se observó en el consultante la presencia de interpretaciones subjetivas sobre los beneficios de consumir cannabis, resaltando la importancia de su uso para desempeñarse adecuadamente durante el día; dicha afirmación hace alusión frente a la Terapia Cognitiva de Beck, Wright, Newman y Liese (1999) (como se citó en Iglesias et al 2010, p163), donde los estímulos que llevan al consumo de drogas no son externos al sujeto (ambientales), sino que se encuentran en su sistema de creencias. Las cogniciones de dicho sistema de creencias se pueden detectar y modificar.

Así mismo, Vargas y Londoño. (2016), agrupan las creencias en 6 categorías principales asociadas con la predicción del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: Siendo la primera creencia nuclear, creer que las sustancias psicoactivas son necesarias para vivir, evidenciando la necesidad primaria para consumir SPA, en tanto se le considera indispensables para la vida, en segundo lugar se encuentra; creer que las drogas lo controlan, la tercer categoría; esta en creer que las sustancias psico activas aumentaran el poder social y físico, la cuarta; creer que el consumo de sustancias psicoactivas tiene un origen fuera de control, la quinta; el consumo de sustancias psico activas no es problemático, adquiriendo una postura equivocada respecto de las consecuencias, y la sexta categoría corresponde a; valoración negativa de sí mismo. (pp, 112-113)

Beck et al., (1999) refiere que, la droga consigue controlar a los individuos adictos, sus objetivos, valores y sus lazos de unión pasan a estar subordinados a la utilización de las sustancias; no logrando controlar su vida con eficacia (como se citó en Vargas. y Londoño 2016).

La terapia cognitivo conductual; en efecto, resulta apropiada al manejar casos en abuso de sustancias, demostrando su validez empírica frente a las necesidades requeridas. Estudios realizados como el de Soto, Márquez-Llauca, y Márquez-Allauca (2015), señalan que el modelo terapéutico de tipo cognitivo – conductual influyen en la rehabilitación integral y reinserción social de los adictos, donde se pudo establecer que, además del tratamiento médico psiquiátrico,

el criterios como, la relajación del afectado y el control de la ansiedad mediante la práctica de deportes y actividades recreativas, la relación y convivencia con otros miembros de la comunidad puede impulsar su motivación, lo que sumado al aprendizaje de actividades productivas y gran capacidad de comunicación, facilita su reinserción social, minimizando el riesgo de la recaída.

Dichas prácticas se vieron evidenciados gracias al apoyo social y de pareja brindado hacia el consultante, donde su pareja logró acompañarlo durante el proceso fuera de consulta, al igual que, asistir a algunas intervenciones.

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento de habilidades de comunicación y en incrementar el refuerzo positivo dentro de las relaciones familiares. Por lo tanto, se trata de programas multicomponentes, siendo los más destacados: el contrato conductual, el control estimular, la identificación de aquellas relaciones familiares conflictivas que provocan el deseo de consumo, la asignación de tareas, el entrenamiento en solución de problemas y en habilidades de comunicación (Iglesias et al 2010, p161).

Finalmente, por medio de la intervención clínica y el uso de las técnicas cognitivo conductual, se demostró una tendencia positiva en WJA en cuanto a la implementación del tratamiento, incidiendo de forma satisfactoria, mediante el establecimiento de cambios pertinentes a nivel emocional, cognitivo y comportamental, generando como resultado la disminución y frecuencia del consumo de cannabis, al igual que, episodios de ira, aumentando nivel de conciencia frente a su problemática, logrando así expresar sentimientos de forma apropiada frente a situaciones que le generaban malestar, además de conseguir modificar y reevaluar creencias irracionales e implementar patrones de respuesta más asertivos, dirigidos a incrementar la habilidad en solución de problemas y así mejorar su calidad de vida.

En resumen, es pertinente destacar la eficacia de la intervención cognitivo conductual en problemas relacionados con el consumo de cannabis en cuanto a la reducción del consumo, la abstinencia, y la disminución de los síntomas asociados a la conducta adictiva, evidenciados en la aplicación de los instrumentos POS tratamiento, donde se demostraron indicadores de cambio positivos en cuanto a patrones clínicos de personalidad en referencia a conductas antisociales

(bajo control o ansiedad, atrevimiento, inconsistencia ante la norma, impulsividad y tensión emocional), al igual que aumento de control personal frente a la conducta de consumo y conciencia de su problema, escalas de personalidad incluidas en el instrumento MILLON III, así mismo, en relación a la prueba ASSIST, la frecuencia de consumo mostró una disminución de semanal a mensual y en consecuencia mejoría a nivel conductual, emocional y fisiológico, a su vez, los resultados del inventario STAXI II mostraron una mejora en expresión y manejo de la ira dentro del comportamiento, ubicándolo dentro de un rango de normalidad o esperado, en cuanto a los resultados derivados del inventario de Depresión de Beck-II, si bien se evidencio ausencia de síntomas depresivos en el consultante en cuanto a los resultados PRE, posterior hubieron algunos indicadores de cambio, mostrando puntuaciones más bajas en la evaluación POS tratamiento (Pérdida de placer, Sentimientos de culpa, Agitación, Perdida de interés) logrando una disminución de síntomas depresivos.

Considerando los resultados anteriormente expuestos, estos dan muestra de una remisión de síntomas, tales como; ansiedad, agitación, eliminación de consumo, conducta de evitación en relaciones interpersonales, ira e irritabilidad, al igual que, mejoría en cambios de humor bruscos, no obstante, permanecen síntomas propios de la abstinencia como; fatiga, inquietud y dificultad para dormir, reportados por el consultante, de ahí que dentro del diagnóstico brindado, no se contempla ninguno de los especificadores incluidos en trastorno por consumo de cannabis “en remisión inicial – en remisión continuada” ya que, para que se dé una remisión inicial, el paciente debe haber mantenido abstinencia de la sustancia un mínimo de 3 meses sin llegar a 12 meses, con excepción del criterio de ansias, necesidad o deseo por consumir, teniendo en cuenta que, dentro de este periodo de tiempo los pacientes se encuentran vulnerables a la recaída, así mismo, superado los 12 meses se asignaría el especificador; en remisión continuada (DSM-5, 2014, p 510). En este sentido, cabe aclarar, que el proceso adelantado en estudio de caso clínico con duración de 11 sesiones, con frecuencia semanal, donde se llevó a cabo valoración, evaluación, intervención y cierre terapéutico, el consultante logro una abstinencia de 30 días, por tanto, no supero los tres meses para cumplir con el especificador en remisión inicial.

En síntesis, una vez analizados y discutidos los resultados de la intervención realizada, se puede concluir que, aunque se destaca la eficacia del tratamiento psicológico en caso por consumo leve de cannabis desde el modelo cognitivo conductual en cuanto a los resultados obtenidos en el presente caso, sería apresurado considerar la supresión de la impresión diagnóstica, teniendo en cuenta evidencias teórica sustentada, donde se menciona que, los efectos obtenidos del tratamiento pueden decaer con el tiempo, así mismo, recomienda realizar programas de seguimiento que permitan consolidar los cambios obtenidos mediante la terapia cognitivo conductual. (Pedrero, Fernández, Fernández, y Tomás, 2008, pp, 47 - 63)

Si bien, los resultados fueron consistentes y significativos, generando aportes al campo de la psicología clínica, a este respecto, los resultados presentados sugieren futuras investigaciones en cuanto mantener los efectos derivados del tratamiento a corto y largo plazo, ya que, dentro de las limitaciones del estudio de caso, se destaca el no haber realizado seguimiento psicológico en 3, 6, y 12 meses, dificultando obtener conclusiones en el diagnóstico, en cuanto a la remisión total de los síntomas a largo plazo.

Conclusiones

A partir de la intervención realizada en el centro de prácticas de psicología clínica IPS- Instituto de Familia y Vida, de la universidad pontificia Bolivariana (UPB) seccional Bucaramanga, utilizando el método cognitivo conductual para el abordaje en el estudio de caso en dependencia de cannabis, se resalta el cumplimiento significativo de los objetivos propuestos, así como la efectividad del enfoque, teniendo en cuenta los resultados obtenidos y manifestados por el consultante, logrando modificar patrones de conducta, cambios fisiológicos, emocionales, sociales y familiares. Dichos resultados aportarán nuevos conocimientos en casos de dependencia de sustancias y sus estrategias de afrontamiento.

En relación a la eficacia del plan de intervención planteado y el uso de técnicas cognitivo conductuales frente a las necesidades y problemas identificados, se corrobora mediante los instrumentos aplicados pos tratamiento, evidenciándose la incidencia positiva en el abordaje del caso, en cuanto se consiguió reforzar habilidades de afrontamiento que le permitieran eliminar el consumo de cannabis, al igual que las dificultades de pareja asociadas con su uso, incrementando autoeficacia y competencia personal en el consultante, así como mejorar su calidad de vida.

En general, se resalta la completa disposición y compromiso del consultante frente al cumplimiento de las intervenciones, actividades y estrategias, donde el rapport y la disposición mutua (terapeuta- consultante) lograron generar resultados óptimos y eficaces.

Finalmente, se concluye que la dependencia por consumo de sustancias genera dificultad en el área física, social, familiar y emocional, donde es necesario el compromiso tanto del consultante como el de su familia para evitar posibles recaídas

Recomendaciones

Se recomienda seguimiento psicológico del consultante en un periodo no mayor a tres meses, con la finalidad de observar su evolución frente al caso, reforzar estrategias de afrontamiento aprendidas basadas en la prevención de la recaída, para así mantener un estilo de vida saludable libre de sustancias.

Es importante iniciar proceso en terapia de pareja, que contribuya como factor protector, ya que prolongaría los resultados obtenidos en el consultante a largo plazo, evitando las relaciones familiares conflictivas, continuando con la comunicación asertiva y resolución de conflictos dentro de su hogar, especialmente con su pareja, siendo éste, uno de los factores de predisposición para aumentar la probabilidad de consumir cannabis en el consultante.

Se aconseja que el paciente acuda a orientación o atención psicológica siempre que sienta deseos elevados de consumir la sustancia, de manera que refuerce alguna de las estrategias de afrontamiento trabajadas en la intervención o usar otras.

Finalmente se recomienda a la universidad pontificia Bolivariana (UPB) seccional Bucaramanga, la implementación de una práctica clínica durante periodos de receso intermedio, con el fin de que casos como el tratado no se interrumpa y se logre mayor número de sesiones.

Lista de Referencias

- A.P.A, (2014). American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM- 5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Aguirre., A. Pinzón y B. Ibáñez. (2016). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psico activas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Scielo 1 (1)*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n1/0124-0064-rsap-19-01-00021.pdf>
- Bados, A y Grau, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva, departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico., 3-15. Facultad de psicología, universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/12302>
- Baechle, T y Earle, R. (2007), Principios del entrenamiento de la fuerza y del acondicionamiento físico. España: Panamericana. Recuperado de: <https://books.google.com.co/books?id=c1wXBg2izF0C&pg=PA203&dq=Respiraci%C3%B3n+diafragm%C3%A1tica&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEWj0yZDgoeHeAhXmx1kKHf0kD8sQ6AEIMDAB#v=onepage&q&f=false>
- Beck, A., Steer, R y Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck – II*. Argentina: Paidós.
- Becoña, Et al (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, I (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan nacional sobre drogas: recuperado de: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/pa/Doc%2041%20-%20Bases.pdf
- Becoña, I. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan nacional sobre drogas: recuperado de: www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf
- Camacho, J.M. (2003). El ABC de la terapia cognitiva.
- Carvajal, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 (1). Recuperado de la página: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a12.pdf>

- Córdoba-Paz, E., Betancourth-Zambrano, S. & Tacán-Bastidas, L. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. *Psicogente*, 20(38), 308-319. Doi: <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2552>
- 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/index.php/reined/index/>
- Díaz et al (2016). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*, 6-16. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un171b.pdf>
- Espinosa-Herrera, G. (2017). Comportamientos diferenciados por género en el consumo de sustancias psicoactivas entre universitarios. *Revista de Antropología y Sociología: VIRAJES*, 19 (2), 171-184. DOI: 10.17151/rasv.2017.19.2.9. Recuperado de la página: [http://vip.ucaldas.edu.co/virajes/downloads/Virajes19\(2\)_9.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/virajes/downloads/Virajes19(2)_9.pdf)
- González, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*. 14 (3), 516-522. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/759.pdf>
- Hernández, K., Serrano, L y Jacinto, U. (2017). Neurobiología del sistema de recompensa en las conductas adictivas: consumo de alcohol. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20 (04). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi174f.pdf>
- Hervás, gradolí, Gurrea Bou y Gallús. (2011). Terapia cognitivo – conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista aen*, 1(1), 1444-1451. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2002/revista-81/terapia-cognitivo-conductual-breve-en-dependientes-a-drogas.pdf>
- Iglesias et al. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Iglesias, et al. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- J. Samtacreu. (2011). Protocolo general de intervención en psicología clínica. *Protocolos de intervención clínica en psicología. Master de salud de la UAM*. Recuperado de:

https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_general_intervencion_clinica.pdf

- Mayolas, S., Gras, M y Planes, M., (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Revista adicciones*. 18 (4). 337-344. Recuperado de la página: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122815004.pdf>
- Miguel- Tobal, J.J., Casado-Morales, M, I., Cano-Vindel, A y Spielberger, C. D (2001). *Inventario de expresión de ira estado – rasgo STAXI-2*. Madrid: TEA ediciones.
- Millón, T. (2009). *MCMI- III. Inventario clínico multiaxial de millon III*. Madrid, España: Tea ediciones. Ministerio de la protección social, (2006). Ley Número 1090 de 2006. Recuperado de: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Montes, C., Rodríguez, D y Gonzalo, S. (2014). Estrategias de manejo de conflicto en clave emocional. *Anales de psicología*. 30 (1). 238-246. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16729452025.pdf>
- Núñez, et al (2010). *Psicología y educación para la salud*. SCINFOPER: El Salvador. Recuperado de: <http://cipse2017.com/files/LIBRO%20psicologia-educacion.pdf>
- O.D.C. Observatorio de drogas de Colombia (2016). *Reporte de drogas de Colombia 2016*. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/ODC0100322016_reporte_drogas_colombia_2016.pdf
- O.M.S. (2011). “*La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*”. Madrid, España: Organización Panamericana de la salud.
- Pantoja, C y Placencia, A (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la facultad de medicina*. 65 (2). 329-332. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- Pedrero et al (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia, España. 47 – 63. Recuperado de: [file:///C:/Users/NEISON%20ARIZA/Downloads/ES03_GuiaClinicaIntPsicologica%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/NEISON%20ARIZA/Downloads/ES03_GuiaClinicaIntPsicologica%20(4).pdf)

- Polo, J y Díaz, D (2011, diciembre). Terapia cognitivo conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*. (8)2.
- Quezada, G., Paredes, T., Zanetti, A y Ventura, C., (2012). Consumo de drogas psico activas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Cuidarte. Revista de investigación*, 1 (1). 260-269. Recuperado de <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/viewFile/20/25>
- Restrepo, J., Gómez, A & Ligia, M., (2017). Consumo de sustancias psico activas en auxiliares de enfermería. *Revista CUIDARTE*, 8 (2), 2017. 1591-1598. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359550872005>
- Ruiz, M., Díaz, M y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. España: uned.
- Sainz, et al. 2016. Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Revista adicciones*, 28 (1), 19-27. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289144321003.pdf>
- Soto et al. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida, *Pensamiento Psicológico*, Vol. 5, N°12, 2009, pp. 71-88. Recuperado de la página: <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/106/316>
- Soto, R., Márquez-Allauca, V y Márquez-Allauca, K (2015). Terapia cognitivo- conductual para rehabilitación- reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales. *Dominio de las ciencias*. 3 (2), 753-769. Doi: 10.23857. Recuperado de la página: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325886>
- UNODC (2018). *Resumen, informe mundial sobre las drogas*. Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito. Recuperado de: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf?fbclid=IwAR22-ob5osE4wE0l2-68vSGDJRz1TtTc1tQlCn5N0h0R75r65fad5iOlz10

- Vallejo, G., Pareja, L., Cano, C y Ríos, R., (2017). Regulación del uso de marihuana en Colombia con fines medicinales. *Hacia promoc: salud*. 22 (1): 43-55. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.4. Recuperado de la Página: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n1/v22n1a04.pdf>
- Vargas, A. y Londoño, N. (2016). Creencias asociadas al consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. *Revista Katharsis*, N. 21, pp.111-130. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/624/1053>
- Villanueva, L y Molina, M. (2014). Primera entrevista en terapia de pareja: co – construcción de un encuentro situado. (2014). *Rev chil neuro-psiquiat*; 52 (1): 42-52. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v52n1/art06.pdf>

Anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p align="center">CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 03</p>
---	---

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

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

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

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

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

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos.personales.bga@upb.edu.co.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

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


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

Firman, Fecha _____


Firma del Usuario: Nombre del Usuario:	C.C. No. _____
Firma Psicólogo (a) en formación Nombre Psicólogo (a) en formación	C.C. No. _____
Firma Psicólogo (a) Asesor (a) Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. _____ No. T.P. _____

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magister en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

Anexo 2. Historia clínica para adultos de la UPB


 Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL RUCABAMANGA Vigilada Mineducación</small>		HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO							
Nombres y Apellidos			Edad	Género		Documento de Identidad	
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato	No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad		Profesión / Ocupación					
Remitido por		Entidad (EPS)					
2. DATOS DEL ACUDIENTE							
Nombre y Apellidos			Parentesco		Edad	Estado Civil	
Dirección Residencia			No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular	
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO							
3.1 Motivo de Consulta							

Folio No.	
-----------	--

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada por el Ministerio de Educación</p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>																
3.2 Historial de la situación																	
<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>																	
3.3 Intentos previos para solucionarlo																	
<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>																	
3.4 Percepción de la situación desde el consultante																	
<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>																	

Folio No.

--


 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</small></p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
--	---

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

5. ÁREA PERSONAL

6. ÁREA ACADÉMICA (Para consultantes entre 18 y 22 años)

Folio No.	
-----------	--

 Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</small>	HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03
---	--


9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
--

10. CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia		
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol				Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					

11. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)
--

Folio No.	
-----------	--

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</small></p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
---	---

12. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)
--

13. PLAN DE TRATAMIENTO

Folio No.	
-----------	--

Anexo 4. Guía de entrevista clínica semi estructurada

1. Encuadre

2. Entrevista:

- Inicio: ¿cuál es el problema por el cual acude a consulta? ¿cómo ve su familia la situación?
- Determinación de las circunstancias: ¿qué piensa acerca de lo que está sucediendo? ¿
- Determinación del conflicto: ¿qué piensa acerca de lo que le está sucediendo? ¿cómo están las cosas en el hogar? ...cuénteme más al respecto.
- Etapas para el cambio: ¿qué es lo que quiere cambiar? ¿qué haces, sientes, piensas cuando el problema está? ¿cómo consigues que eso pase? ¿qué crees que te ayudó a hacerlo? ¿cómo te sentirás cuando hayas cumplido los objetivos?

3. Cierre

Anexo 5. Inventario clínico multiaxial de Millon III



CUESTIONARIO

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana
2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir,
3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
8. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
15. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
16. Soy una persona muy agradable y sumisa.
17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
21. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
23. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
26. Los demás envidian mis capacidades.

27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas.
31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
34. Últimamente he perdido los nervios.
35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.
39. Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
40. Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
42. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
45. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
46. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
47. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
50. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
51. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
52. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
54. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
56. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
57. Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
58. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
59. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
60. Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
61. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.

62. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
63. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
64. No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
65. En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
66. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
67. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
68. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
71. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
73. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.
74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como *al acostarme*.
75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
78. Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
79. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
82. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
84. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
88. Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás.
89. Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
91. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
94. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
95. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes,
96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
97. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.

99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
100. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
101. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
104. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
106. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
108. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.
109. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
110. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
111. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
113. Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
114. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
115. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
116. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
117. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
118. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
119. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
120. Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
122. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
123. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
125. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
126. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonestas.
127. No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
129. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una

- amenaza real para mi vida.
130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
 131. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
 132. Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
 133. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
 134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
 135. Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
 136. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
 137. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
 138. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
 139. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
 140. Creo que hay una conspiración contra mí.
 141. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
 142. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
 143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
 144. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.
 145. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
 146. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
 147. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
 148. Pocas cosas en la vida me dan placer.
 149. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
 150. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
 151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
 152. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
 153. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
 154. He intentado suicidarme.
 155. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
 156. No entiendo por qué algunas personas me sonrían.
 157. No he visto un coche en los últimos diez años.
 158. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
 159. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
 160. Mi vida está afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.

161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
162. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
164. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
166. Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
167. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
168. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
169. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
170. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
172. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
173. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
175. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE, POR FAVOR, QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

Inventario Clínico Multiaxial de MCMI - III
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

nexo 6. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST-V3.1)

Apéndice A

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico	<input type="text"/>	Clinica	<input type="text"/>
Identificación o nombre del usuario	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>

Introducción (léasela al usuario o adapte a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígame.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

	No	Sí
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?					
	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?					
	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

Hábitos de inyectarse

Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos

Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses

Lineamientos de intervención

Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección

Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Para cada sustancia (rotulada 'a' a la 'j') sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**.

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**.

Anexo 7. Protocolo de evaluación STAXI-2

NOMBRE Y APELLIDOS	
EDAD	SEXO
ESTADO CIVIL	FECHA
ESTUDIOS	



Autor: Charles Spielberger
 Copyright © 1986, 1991 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
 Copyright de la versión española © 2001 by J.J. Miguel-Tobal, M.I. Casado, A. Cano-Vindel y C. Spielberger.
 Copyright de la edición española © 2001 by TEA Ediciones, S.A.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en
BOB TINTAS. Si le presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el
 suyo propio. NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

Parte 1

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, utilizando la siguiente escala de valoración:

A NO, EN ABSOLUTO **B** ALGO **C** MODERADAMENTE **D** MUCHO

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

1	Estoy furioso	A	B	C	D
2	Me siento intimidado	A	B	C	D
3	Me siento enfadado	A	B	C	D
4	Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5	Estoy quemado	A	B	C	D
6	Me gustaría decir tacos	A	B	C	D
7	Estoy cabreado	A	B	C	D
8	Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11	Quiero romper algo	A	B	C	D
12	Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13	Le tiraré algo a alguien	A	B	C	D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15	Me gustaría echarle la bronca a alguien	A	B	C	D

**NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO**

Parte 2

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**, utilizando la siguiente escala de valoración:

A CASI NUNCA **B** ALGUNAS VECES **C** A MENUDO **D** CASI SIEMPRE

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

16	Me caliento rápidamente	A	B	C	D
17	Tengo un carácter intable	A	B	C	D
18	Soy una persona exaltada	A	B	C	D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20	Tiendo a perder los estribos	A	B	C	D
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22	Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23	Me cabreo con facilidad	A	B	C	D
24	Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D
25	Me enfado cuando se me trata injustamente	A	B	C	D

**NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO**

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Parte 3

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadado. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala:

A CASI NUNCA

B ALGUNAS VECES

C A MENUDO

D CASI SIEMPRE

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO

- | | |
|---|---------|
| 26. Controló mi temperamento | A B C D |
| 27. Expreso mi ira | A B C D |
| 28. Me guardo para mí lo que siento | A B C D |
| 29. Hago comentarios irónicos de los demás | A B C D |
| 30. Mantengo la calma | A B C D |
| 31. Hago cosas como dar portazos | A B C D |
| 32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro | A B C D |
| 33. Controló mi comportamiento | A B C D |
| 34. Discuto con los demás | A B C D |
| 35. Tiendo a tener resacas que no cuento a nadie | A B C D |
| 36. Puedo controlarme y no perder los estribos | A B C D |
| 37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir | A B C D |
| 38. Digo barbaridades | A B C D |
| 39. Me irrito más de lo que la gente se cree | A B C D |
| 40. Ploró la paciencia | A B C D |
| 41. Controló mis sentimientos de enfado | A B C D |
| 42. Rehuyo encararme con aquello que me enfada | A B C D |
| 43. Controló el impulso de expresar mis sentimientos de ira | A B C D |
| 44. Respiro profundamente y me relajo | A B C D |
| 45. Hago cosas como contar hasta diez | A B C D |
| 46. Trato de relajarme | A B C D |
| 47. Hago algo exagerado para calmarme | A B C D |
| 48. Intento distraerme para que se me pase el enfado | A B C D |
| 49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme | A B C D |

**NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO**

**NO ANOTE NADA EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO**

Anexo 8. Inventario de depresión de Beck II

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber

hecho.

-
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 - 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
 - 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 - 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
-

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 9. Autorregistros Pensamientos Automáticos



ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Técnicas de Intervención Clínica

Prof. Nancy V. Lemos-Ramírez, PhD.

Registro del pensamiento disfuncional


Tomado de: Bernal, G. & Martínez-Taboas, A. (2008). *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico*. San Juan: Universidad de Puerto Rico.

Instrucciones: cuando se dé cuenta de que su estado de ánimo empeora, pregúntese "¿qué es lo que estoy pensando en este momento?" y tan pronto como sea posible, escriba el pensamiento en la columna de pensamientos automáticos.

Fecha	Situación	Pensamientos automáticos	Emoción(es)	Distorsión	Respuesta alternativa	Resultado
	Describe 1. Hecho actual que conduce a emoción displacentera	1. Escriba pensamientos que anteceden emociones	Describe: 1. Especifique triste, ansioso, enojado, etc.	1. Pensamiento todo-nada	1. Escriba respuesta pensamientos automáticos	1. Reevaluar creencia en pensamientos automático 0% al 100%
	2. Grupo de pensamientos, fantasías o recuerdo, que conducen a	2. Puntúe la creencia en pensamientos automáticos 0% al 100%	2. Puntúe grado de emoción 0% al 100%	2. Sobregeneralización	2. Puntúe creencia en respuesta alternativa 0% al 100%	3. Especifique y puntúe emociones subsiguientes 0 al 100%


FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIONES	DISTORSIÓN	RESPUESTA ALTERNATIVA	RESULTADO

Anexo 10. Actividades vinculadas a ASSIST para reducir o eliminar el consumo.



Anote en este "diario de consumo" la información correspondiente a las sustancias que consumió la semana anterior

¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con quién?	¿Qué?	¿Cuánto?	Dinero gastado



Motivos para cambiar mis hábitos de consumo de sustancias

1
2
3
4
5
6



Balance 2

	Reducir el consumo	Eliminar el consumo por completo
+		
-		



Contrato conmigo mismo

Yo...
Yo...
Yo...
Yo...
Yo...
Yo...



Diario de ansias de consumo

Lugar y hora	Pensamientos	Sensaciones físicas	Conductas

Las siguientes tácticas lo ayudarán a hacer frente a sus ansias de consumo:

Retrasar el momento – Retrase 30 minutos el momento de consumo. Las ansias pueden disminuir o pasar, así como su deseo de consumir.

Distraerse – No se ponga a pensar en drogas cuando tenga ansias. ¡Manténgase ocupado! Distráigase con otra actividad. Esto puede incluir tareas o un pasatiempo.

Decidir – Haga una lista de las cosas positivas y negativas que le causa consumir drogas y recuerde por qué ha elegido el objetivo de la abstinencia.

Hablar positivamente consigo mismo – Hable consigo mismo en voz alta sobre cómo las ansias son sentimientos destructivos que PASARÁN con el tiempo. Hable sobre las consecuencias y los problemas que tendrá si empieza a consumir drogas otra vez.

Relajación e imágenes – La relajación se logra por medio de imágenes positivas y relajantes que permiten alejar de su mente el deseo de usar drogas.

EJEMPLO Balance 2. Juan completó la hoja de balance y decidió reducir el consumo de cannabis.		
	Reducir el consumo	Eliminar el consumo por completo
+	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Podría usar cannabis con mis amigos algunas veces <input checked="" type="checkbox"/> Aún podría divertirme en las fiestas <input checked="" type="checkbox"/> Consumir menos significa que no estaría tan cansado y olvidadizo <input checked="" type="checkbox"/> Si solo consumo los fines de semana no faltaría al trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Mi pareja estaría contenta y discutiríamos menos 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> No me sentiría tan cansado ni olvidadizo <input checked="" type="checkbox"/> No faltaría al trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Mi pareja estaría feliz <input checked="" type="checkbox"/> Ahorraría dinero al no comprar droga
-	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> No podré relajarme con unos cuantas pipas después del trabajo cada día 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Realmente extrañaría divertirme con mis amigos <input checked="" type="checkbox"/> Realmente extrañaría relajarme con unas cuantas pipas después del trabajo. Mis amigos se reírían de mí <input checked="" type="checkbox"/> No me divertiría tanto en las fiestas

Anexo 11. Desarrollo del Plan de Intervención

Consultante	WJA		
Motivo de consulta	Remitido por fiscalía debido a problemática de violencia intrafamiliar, quien refiere “estoy acá porque discutí con mi pareja y me altere tanto que la empuje y la aruñe, en ese momento paso la policía me detuvieron y ella me demando y luego no se presentó a la audiencia”		
Número de Sesiones	11		
Objetivo terapéutico	Reforzar habilidades de afrontamiento que le permitan reducir el malestar asociado al consumo de cannabis para lograr incrementar su autoeficacia y competencia personal, así como mejorar su calidad de vida.		
Número de Sesión	Técnica	Objetivo	Indicadores
1	Entrevista semiestructurada	Establecer Rapport con el consultante Establecer alianza terapéutica	Reconocimiento de los problemas
2		Identificar factores protectores Diligenciar documentos pertinentes a la intervención (consentimiento informado, historia clínica).	Aceptación de la existencia del problema Deseos de superación del problema Necesidad de cambio por parte del consultante

3	Aplicación del inventario clínico multi axial de Millon III	Medir problemas emocionales, conductuales e interpersonales	
	Aplicación del inventario de depresión de Beck-II	Medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años.	
4	Aplicación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST-V3.1)	Indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido	
	Aplicación del protocolo de evaluación STAXI-2	Evalúa la forma de vivencia y de expresión de enojo o ira, mide de forma concisa, la experiencia, la expresión y el control de la ira.	
5	Psico educación desde el modelo		Concientizar al consultante sobre el manejo adecuado del problema

	cognitivo conductual	<p>Brindar información sobre el problema al consultante (concepto, etiología, pronóstico, tratamiento y pautas de actuación correcta)</p> <p>Socializar el resultado diagnóstico de las pruebas aplicadas</p> <p>plantear objetivos según las necesidades expuestas por el consultante</p>	Expectativa de ser ayudado en sus problemas
6	Entrenamiento en ejercicios de respiración diafragmática	Disminución de la activación fisiológica elevada	

	Reestructuración cognitiva	Utilización de registros y diálogo socrático para identificar el problema y situaciones de riesgo	Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva
	Intervención breve vinculada a ASSIST	Reducir o eliminar el consumo de sustancias, donde algunas actividades se realizan en consulta y otras se asignan como tarea.	Expectativa de ser ayudado en sus problemas
7	Entrenamiento en solución de problemas	Brindar herramientas que faciliten el desarrollo de estrategias en la solución de problemas	Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo y de los demás.
	Intervención breve vinculada a ASSIST	Reducir o eliminar el consumo de sustancias, donde	Expectativa de ser ayudado en sus problemas

		algunas actividades se realizan en consulta y otras se asignan como tarea	
	Estrategias de control de la activación emocional	Reducir tensión física o mental que puedan generar niveles de ansiedad, estrés o ira	Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva
8	Terapia de pareja	Identificar situaciones de crisis y problemas en la relación	Aceptación e identificación de las dificultades dentro del ámbito familiar Deseos de cambio y superación
	Entrenamiento en solución de problemas	Brindar herramientas que faciliten el desarrollo de estrategias en la solución de problemas	Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo y de los demás.
	Refuerzo en técnica de solución de problemas	Brindar herramientas que faciliten el desarrollo de estrategias en la solución de problemas	

9	Continuación de Intervención breve vinculada a ASSIST	Reducir o eliminar el consumo de sustancias, donde algunas actividades se realizan en consulta y otras se asignan como tarea	Expectativa de ser ayudado en sus problemas
	Entrenamiento de habilidades en comunicación, asertividad y manejo de conflictos	Reducir episodios de ira asociados a la abstinencia, así como, mejorar las habilidades de afrontamiento y aumentar beneficios en meta de reducción de consumo	Aceptación de la existencia del problema
10	Prevención de recaídas Repaso de los objetivos terapéuticos	Mantener la abstinencia y los cambios en su estilo de vida, evitando el retorno a su comportamiento adictivo	
11	Evaluación y cierre	Realizar un recorrido o resumen desde la llegada a consulta por	Reconocimiento de la ayuda recibida a través de las intervenciones

		primera vez y los avances a la fecha actual, comentando las dificultades del proceso, las habilidades adquiridas, socialización de instrumentos de evaluación aplicados (pretest-postest)	Conciencia frente al consumo de la sustancia
	Pruebas aplicadas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inventario clínico multi axial de Millon-III 2. Inventario de depresión de Beck- II 3. prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST-V3.1) 4. protocolo de evaluación STAXI-2 	
	Resultados de las pruebas aplicadas	Dependencia de sustancias, ausencia de depresión, riesgo moderado frente al consumo de cannabis, reprime niveles de expresión de la ira.	
	Diagnóstico	305.20 (F12.10) Trastorno por consumo leve de cannabis.	
	Plan de tratamiento	Psicoeducación desde el modelo cognitivo conductual: Proveer de información sobre el problema (concepto, etiología, pronóstico, tratamiento y pautas de actuación correcta)	

	<p>Reducir frecuencia, intensidad y duración de episodios de ira: Respiración diafragmática: entrenar al paciente en ejercicios de respiración y reestructuración cognitiva.</p> <p>Brindar herramientas para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas: Entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales (Estrategias de solución de problemas, Estrategias de control de la activación emocional, Habilidades de afrontamiento paliativo)</p> <p>Técnicas: relajación, reestructuración cognitiva, autorregistros, descubrimiento guiado, conceptualización de alternativas, desviación de la atención o distracción externa, busca de apoyo social,</p> <p>Desarrollar habilidades de comunicación que le permita expresar pensamientos y sentimientos de forma adecuada:</p> <p>Entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento de comunicación de emociones, entrenamiento de habilidades para manejo de conflictos, Habilidades para perdonar y Terapia de pareja (apoyo social).</p> <p>Terapia de solución de problemas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación hacia el problema 2. Definición y formulación del problema 3. Generación de alternativas de solución 4. Toma de decisiones
--	--

	<p>5. implementación de la solución y verificación</p> <p>Prevención de recaídas: Repaso de los objetivos terapéuticos Descripción de los cambios producidos, Lista de técnicas aprendidas, Anticipación de posibles situaciones estresantes.</p>
Resultados	Paciente con deseos de cambio y superación frente a la problemática, conciencia de la enfermedad

Anexo 10. Formulación de un Caso Clínico

Formulación de un caso clínico	Nombre: WJA	Ocupación: empleado
Escolaridad: Tecnólogo Clínica IPS UPB Bucaramanga		Edad: 27 años
<p>1.Motivo de consulta: Remitido por fiscalía debido a problemática de violencia intrafamiliar, quien refiere “estoy acá porque discutí con mi pareja y me altere tanto que la empuje y la aruñe, en ese momento paso la policía me detuvieron y ella me demando y luego no se presentó a la audiencia”</p>	<p>2.Descripción del motivo de consulta: Refiere tener sentimientos de ira y enojo, así como deseos de consumir sustancias psico activas (cannabis) para optimizar su desempeño en el trabajo y en sus labores diarias, el consultante no logra admitir que un elevado consumo de sustancias puede generar problemas a nivel mental, psicológico o físico, además de generar inconvenientes y conflicto dentro de su entorno social y familiar.</p>	<p>3. Problema: presenta abuso en el consumo de sustancias psicoactivas (cannabis), el cual le ha generado un problema significativo en las diferentes áreas de funcionamiento (psicológica, familiar, fisiológica, social y laboral), situación que ha mantenido a través de la dependencia física y psicológica de la sustancia, además de otros factores como: la relación conflictiva / distante con su padre, ausencia de la madre, conflictos con su pareja, experiencia subjetiva sobre los beneficios de consumir la sustancia para facilitar su desempeño en las labores diarias.</p>

<p>4. Descripción del problema: Manifiesta consumir cannabis desde los 17 años de edad, refiere querer dejar de consumir para continuar con su vida y su familia. Se evidencian la presencia de cambios en su comportamiento debido a la reducción en la frecuencia de consumo, donde el no uso de cannabis le produce irritabilidad, en situaciones de trabajo como; cuando requiere terminar una tarea rápido y no lo logra, así mismo al llegar a casa y su pareja le hace alguna observación, manifiesta empezar una discusión, que logra producir ira, irritabilidad y dificultad para concentrarse, síntomas de abstinencia reconocibles en él y que solo la calma por medio del consumo. Por otra parte, las primeras manifestaciones del problema se presentaron durante su adolescencia probablemente desencadenadas por historia familiar conflictiva, por lo que esto es un factor predisponente de</p>	<p>5. Historia personal: El Paciente proviene de una familia nuclear, refiriendo ser el menor de 3 hermanos, además del abandono de su madre cuando él tenía 4 años de edad, a su vez expresa haberse sentido triste durante su infancia y adolescencia; sin embargo, respondía muy bien ante sus obligaciones diarias (rendimiento académico, comportamiento).</p> <p>En su niñez presentó un desempeño normal y era querido por toda su familia, en la adolescencia del paciente, su padre logró conseguir una pareja, motivo desencadenante de emociones, inseguridades y conflictos. Refiere además haber sentido un rencor hacia su padre por el abandono de su mamá, en ese mismo año el comportamiento de W. se tornó más conflictivo, sobre todo con su padre, al mismo tiempo mantenía su promedio alto en el desempeño de clases.</p>	<p>6. Evaluación Sincrónica: El paciente ha permanecido en una situación económica y laboral estable, refiriendo dedicarse a sus labores (Estampador) y suministrar lo necesario para él y su familia, así mismo asegura trabajar de manera más eficaz si consume antes de la jornada laboral su dosis personal de cannabis, el no conseguirla o tomarla genera factores desencadenantes de estrés y ansiedad en el consultante. Actualmente vive con su pareja e hija, una niña de 9 meses de edad, la cual deja al cuidado de su pareja, adicionalmente; la relación de pareja es inestable, ocasionando discusiones, pleitos y agresión verbal, generando dificultades para manejar el control de la ira y malestar en la relación conyugal. Finalmente, los problemas con su familia, en especial con su padre, desencadenan en él estrés y ansiedad. En consecuencia, es remitido por la fiscalía</p>
---	--	---

<p>comportamientos disfuncionales actuales en el consultante como lo es el déficit en la regulación emocional y habilidades para solucionar problemas.</p>	<p>En su adolescencia probó por primera vez sustancias (17 años), debido a los conflictos generados en su entorno. A los 21 logra irse de la casa y comienza a depender del consumo de alcohol y sustancias, ya que afirma sentirse presionado por su padre constantemente, deseando independizarse para sentirse tranquilo bajo sus propias reglas. En su etapa de adultez, logra encontrar pareja y formar una familia, refiriendo continuar con el consumo de cannabis y alcohol. Debido a sus acciones, se torna una persona conflictiva, desencadenando finalmente en agresión hacia su pareja. Afirma que nunca la había maltratado físicamente, al mismo tiempo que, no sucederá más. Acude a psicología remitido por la fiscalía con la finalidad de brindar proceso de psico educación</p>	<p>debido a la problemática de violencia intrafamiliar evidenciada en espacio público, al que ordena asistir a psicoeducación con el fin de mejorar su conducta violenta.</p>
--	---	---

<p>7. Evaluación Diacrónica:</p> <p>Factor predisponente: Desde el nacimiento se ha visto reflejado Inestabilidad frente a sus cuidadores; las consecuencias desfavorables a nivel sociofamiliar como la desestructuración, donde la madre del consultante abandona su familia cuando él tenía cuatro años de edad, reflejando la inexistencia de comunicación asertiva por parte del padre y madre frente a la situación presentada, exponiendo al paciente imaginarios de culpa y rechazo hacia su padre, además de sentimientos de tristeza y odio a su madre.</p> <p>La desvinculación afectiva con sus padres y hermanos, ausencia de comunicación asertiva con su pareja y las limitadas relaciones interpersonales, generan en W. sentimientos de ira, vulnerabilidad sobre el entorno, predisponiendo al paciente a consumir sustancias psico activas (cannabis) como</p>	<p>8. Dominios:</p> <p>Estado afectivo: Su patrón de comportamiento afectivo es apropiado sin alteraciones en cuanto expresa sentimientos en concordancia con su discurso. sin embargo, se evidencia deseos de consumir la sustanciapsico activa cuando se presentan situaciones de estrés o discusiones de pareja, ocasionando sentimientos de ira o malestar emocional.</p> <p>Cognitivo/ Verbal: Lenguaje coherente y lógico, pensamiento fluido y coherente.</p> <p>Estado de ánimo: irritable, ansioso y triste al hablar sobre eventos relacionados con su familia, consumo de sustancias y relación de pareja. Cuando se menciona a su padre o madre, su estado de ánimo cambia rápidamente, ubicándose en estado de alerta o negación ante las preguntas realizadas. Interacción social: Refleja una adecuada interacción con la mayoría</p>	<p>9. Contextos</p> <p>Familiar: Familia nuclear, actualmente convive con su pareja e hija, con su pareja mantiene una relación cercana pero conflictiva, generando malestar en la dinámica familiar, con su hija, su relación se torna ausente, refiriendo llegar tarde y cansado del trabajo para compartir tiempo de calidad. La relación de su pareja frente a su hija es cariñosa y cercana.</p> <p>Sexual: Estable, mantiene intimidad sexual con su pareja.</p> <p>Académico/ Laboral: El consultante logró culminar sus estudios de secundaria, además de terminar su carrera como tecnólogo. Actualmente no ejerce laboralmente su profesión; afirma sentirse tranquilo con su trabajo de estampador, labor que ha desempeñado desde su independencia, así mismo refiere querer continuar preparándose para lograr obtener un título profesional.</p>
---	---	--

<p>conducta de escape, con la finalidad de optimizar su desempeño en el trabajo y conseguir relajación a nivel personal.</p> <p>Precipitantes: Diferencias con su pareja, su padre o su jefe, generan un choque en su esquema mental frente al consumo del cannabis, además de situaciones de conflicto dentro del hogar.</p> <p>Factor de adquisición: Consumo de cannabis como medida de afrontamiento para escapar de la realidad que le aqueja (contexto laboral, relación de pareja y patrones de crianza), mecanismo adquirido desde su hogar, situación que utilizaba para olvidar discusiones con su familia</p> <p>Factor desencadenante: Situaciones de estrés relacionado con discusiones de pareja, intentos de comunicación con sus padres o hermanos, exigencias de su jefe y sobre carga laboral.</p>	<p>de las personas, con su grupo de trabajo y amigos; sin embargo, se evidencia dificultad en la relación con su núcleo familiar, ya que son ellos los principales afectados ante las secuelas generadas por los síntomas del consumo de cannabis.</p> <p>Repertorios relacionados a salud: manifiesta conductas de autocuidado, no reporta antecedentes médicos o psiquiátricos. Refiere haber estado en un grupo de rehabilitación relacionado al consumo de sustancias a la edad de 19 años.</p>	<p>Social: Se considera como una persona sociable, extrovertido y con buenas relaciones en el trabajo o amigos cercanos.</p> <p>Condiciones ambientales: Ambiente cultural de ciudad pequeña (área metropolitana), recientemente se trasladaron a la región (5 meses), ya que anteriormente residía con su pareja e hija en Medellín. Actualmente el paciente es el único que trabaja, mientras su pareja se encarga del cuidado de la menor.</p> <p>Estímulos discriminativos: Problemas relacionales con su jefe, padre y pareja, que le generan tristeza, ansiedad, ira, irritabilidad y falta de autocontrol.</p>
---	--	--

<p>Factores de mantenimiento:</p> <p>Experiencia subjetiva por parte del consultante sobre la sensación de placer y tranquilidad generadas al consumir sustancias psicoactivas (cannabis), generando en él imaginarios con respecto al aumento de productividad durante el día en su aspecto laboral, social y familiar, ausencia de afecto y comunicación familiar, déficit en estrategias de afrontamiento para solucionar problemas.</p> <p>Factores Protectores: Voluntad de cambio, reconocimiento de habilidades frente conocimientos, queriendo continuar con su preparación como tecnólogo ambiental y trabajar en lo que estudio como proyecto de vida, el deseo de superación personal, apoyo de su pareja y padre del paciente.</p>		
--	--	--

<p>10. Formulación de hipótesis:</p> <p>Posiblemente la separación de sus padres cuando el consultante tenía 4 años de edad, generó en él ansiedad y malestar en cuanto a la relación con los demás miembros de la familia (Padre, hermanos), obteniendo como resultado aislamiento y baja comunicación dentro de la dinámica familiar.</p> <p>En el momento en que el padre del paciente decide vivir con otra mujer, el consultante crea imaginarios de ira y tristeza hacia su padre, culpándolo por el abandono de su madre, recurriendo así al consumo de sustancias psico activas como medio para olvidarse de los sucesos que ocurrían en su vida.</p> <p>Los episodios de ira y agresividad podrían ser desencadenantes producto del alto consumo de cannabis, debido a que, es el consultante quien refiere consumir la sustancia antes de comenzar a trabajar,</p>	<p>11. Análisis explicativo:</p> <p>Repertorio de autocontrol: El consultante cuenta con estrategias de afrontamiento ineficaces, presentando conductas de evitación que lo llevan al consumo, eludiendo así enfrentar situaciones que le generen malestar emocional. Se evidencian intentos previos por superar su adicción, por otra parte, se muestra disposición y compromiso durante el proceso a través del aprendizaje e implementación de técnicas y estrategias de afrontamiento aplicadas al control conductual y cognitivo.</p> <p>Autoconocimiento: Es consciente de los inconvenientes generados por el consumo de cannabis, tanto en su relación de pareja, como en la realización de sus actividades diarias, adquiere una postura racional con respecto a las consecuencias a nivel mental, físico, familiar y social sobre el uso de SPA, al igual que,</p>	<p>12. Plan de intervención:</p> <p>Psicoeducación desde el modelo cognitivo conductual: Proveer de información sobre el problema (concepto, etiología, pronóstico, tratamiento y pautas de actuación correcta)</p> <p>Disminuir la activación fisiológica elevada: Respiración diafragmática: entrenar al paciente en ejercicios de respiración y reestructuración cognitiva.</p> <p>Reducción del consumo de sustancia (cannabis) que sirve para reducir los episodios de ira: Entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales (Estrategias de solución de problemas, Estrategias de control de la activación emocional, Habilidades de afrontamiento paliativo)</p> <p>Técnicas: relajación, reestructuración cognitiva, autorregistros, descubrimiento guiado, conceptualización de alternativas,</p>
---	---	---

<p>porque le permite aumentar su productividad durante el día.</p>	<p>reconoce como causa de su adicción el abandono de su madre y la ausencia afectiva de su padre, así como sintomatología presentada asociada a la abstinencia y menciona que logra autorregularse.</p> <p>Regulación verbal del comportamiento: Se utilizan auto instrucciones como “debo evitar lugares donde me encuentre con amigos que consumen” “si elijo compartir momentos con mi pareja y con mi hija me sentiré bien al igual que ellas” “si mis amigos me molestan por pasar tiempo con mi familia y no salir con ellos a beber o consumir cannabis, debo ignorarlos y alejarme de ellos”, “mi pareja también está cansada de cuidar la niña todo el tiempo, debo responder a las cosas con calma y no enojarme”, “puedo trabajar mucho mejor sin consumir la droga”.</p> <p>Repertorios para modificar el ambiente: Toma la decisión de iniciar y</p>	<p>desviación de la atención o distracción externa, busca de apoyo social,</p> <p>Mejorar las relaciones familiares y de pareja: Entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento de comunicación de emociones, entrenamiento de habilidades para manejo de conflictos, Habilidades para perdonar y Terapia de pareja (apoyo social).</p> <p>Prevención de recaídas: Repaso de los objetivos terapéuticos Descripción de los cambios producidos, Lista de técnicas aprendidas, Anticipación de posibles situaciones estresantes</p>
--	---	--

	<p>continuar proceso terapéutico de forma autónoma, aunque la fiscalía solo le exigía 4 sesiones en psico educación para el manejo de la ira, asistiendo a 11 sesiones. Utiliza recursos para modificar su ambiente como; evitar situaciones y personas que puedan provocarle ansiedad por el consumo de la sustancia, integra a su pareja en el proceso terapéutico, utiliza estrategias de distracción compartiendo más tiempo con su hija y pareja, al mismo tiempo que recupera vínculos afectivos con padre y hermanos.</p> <p>Función explicativa: la conducta de consumo del consultante estaría asociada a problemática familiar creando estrategias de afrontamiento ineficaces siendo este vulnerable frente al consumo de sustancias buscando mitigar carencias afectivas dando inicio de consumo de cannabis durante su adolescencia, afectando su contexto familiar y social.</p>	
--	---	--

Anexo 11. Análisis Funcional

Análisis funcional	Nombre: WJA	Ocupación: empleado
Escolaridad: Tecnólogo Clínica IPS UPB Bucaramanga		Edad: 27 años
<p>1. Antecedentes:</p> <p>Problema - Consumo de sustancia psicoactiva (cannabis) como mecanismo de escape de la realidad, generando imaginarios de placer, tranquilidad, aumento de la productividad en el trabajo, así como de sus tareas diarias.</p> <p>Situación. los sábados al terminar su jornada laboral semanal se dirige a el parque de su barrio con sus amigos para consumir cannabis con ellos.</p> <p>Problema -Dificultades en las relaciones laborales, familiares y de pareja.</p> <p>Situación. -Cuando su padre intenta contactarse con él, prefiere evitarlo, al</p>	<p>2. Organismo:</p> <p>-Separación de sus padres cuando tenía 4 años de edad, donde hubo ausencia de su madre durante toda su infancia, careciendo de afectividad por parte de ella, constituyendo un factor de riesgo predisponente al desarrollo de conductas de riesgo como el consumo de sustancias.</p> <p>- Relación conflictiva/ distante con su padre, ocasionando en el sujeto sentimientos de rechazo, ira, desprotección y vulnerabilidad, especialmente durante su adolescencia. Ello ha provocado fuertes deseos frente al consumo de sustancias con la finalidad de olvidarse de sus problemas.</p>	<p>3. Respuestas:</p> <p>1. Cognitivas:</p> <p>Creencias erróneas acerca de los beneficios sobre consumir.</p> <p>- Creer que el consumo de cannabis aumenta su desempeño y/o rendimiento en el trabajo</p> <p>- Pensamiento subjetivo sobre relajación y placer al consumir cannabis.</p> <p>- Creencia de que es necesario consumir la sustancia para pertenecer a su grupo de amigos del barrio/sector- Pensamientos y emociones negativas (incapacidad de dejar la droga, sentido de culpa, soledad, ira, irritabilidad)</p> <p>2. Fisiológicas</p> <p>-Agitación</p>

<p>igual que a sus hermanos. Así mismo, al tener diferencias en la relación con su pareja se irrita con facilidad alterándose e inicia una disputa.</p> <p>Problema</p> <p>-Conductas de ira, irritabilidad y ansiedad generadas por la abstinencia de cannabis.</p> <p>Situación. cada que se acerca un fin de semana experimenta síntomas. Sea en casa o en su lugar de trabajo, refiere que los todo inicia los jueves o antes si su jefe lo presiona.</p>	<p>-Relacionarse con pares negativos buscando aceptación, siendo coherente con la edad de inicio (17 años) sumándose a las variables predisponentes de riesgo que mejor predicen un futuro uso y abuso de drogas.</p>	<p>-Fatiga</p> <p>-Ansiedad</p> <p>-Taquicardia</p> <p>3- Motoras</p> <p>-Movimiento de las manos, cabeza</p> <p>-Respuesta motora lenta</p> <p>-cansancio - agotamiento</p> <p>4- Emocionales</p> <p>-Sentimientos de ira-irritabilidad</p> <p>- Sentimientos de culpabilidad, tristeza</p> <p>-Necesidad de afecto</p> <p>5. Consecuencias</p> <p>-Dependencia física y psicológica de la sustancia</p> <p>-refuerza el consumo debido a la gratificación inmediata.</p> <p>- presenta crisis de abstinencia</p> <p>- alteración del sistema nervioso</p> <p>-Dificultades en las relaciones familiares y de pareja.</p>
---	---	---