

Caso clínico T.TP, trastorno por abuso de sustancias en atención por consulta externa, en unidad psiquiátrica

Armila Espitia Marzola

Septiembre 2018.

Universidad de San Buenaventura Cartagena

Facultad de Educación, Ciencias Humanas y Sociales

Especialización en Psicología Clínica, Cohorte IX

Cartagena D. T. y C.

2018

El presente trabajo presenta el estudio de caso realizado a un paciente de 27 años con trastorno de abuso de sustancias, el cual le generó un comportamiento desviado como la agresión, baja autoestima, deterioro de la actividad laboral y social y en otras áreas importantes de la actividad del paciente, llevándolo a presentar dificultades para mantener relaciones sanas en los diferentes contextos social y familiar.

Se llevó a cabo el proceso terapéutico con el paciente, y por medio de entrevistas semiestructuradas, estrategias de evaluación pre test y post, mediante registros de observación. La intervención está basada en la terapia cognitivo-conductual, aplicando técnicas de psicoeducación, detección del pensamiento, registro de seguimiento, auto instrucciones y control de la ira, debate socrático, habilidades sociales, relajación muscular, role playing, banco de niebla. Se muestra una mejoría en su conducta y en la interacción social y familiar, mostrando un mayor control de sus impulsos, y un bajo índice de ansiedad ante la abstinencia de sustancias.

**A mi madre la guardiana inalcanzable
de mis sueños**

Tabla de Contenidos

v

Capítulo 1 Introducción e información general	8
Estudio de caso	8
Contacto inicial	8
Motivo de consulta.....	9
Quejas del paciente	9
Capítulo 2 Identificación y descripción de problemas.....	11
Problema No.1: Consumo de sustancias psicoactivas	11
Problema No.2: Dificultad en las relaciones sociales	12
Capítulo 3.....	13
Análisis funcional	13
Relación molar de los problemas	14
Capítulo 4.....	14
Análisis histórico	14
Historia personal	14
Historia familiar	15
Historia académica.....	15
Historia laboral.....	16
Historia socio-afectiva	16
Historia sexual	17
Historia del problema.....	17
P1 Consumo de sustancias psicoactivas	17
P2 Dificultad en relaciones sociales	18
Experiencias y recuerdos más significativos dentro de las siguientes edades	18
Capítulo 5.....	20
Proceso de evaluación clínica	20
Factores de desarrollo	24
Capítulo 6.....	26
Evaluación multiaxial	26
Evaluación multiaxial DSM V.....	¡Error! Marcador no definido.
Evaluación multiaxial DSM IV	26
Capítulo 7.....	30
Diagnostico diferencial	30
Conceptualización cognitiva.....	31
Capítulo 8.....	32
Formulación clínica	32
Conceptualización teórica.....	33
Plan de tratamiento y de intervención.....	37
Curso del tratamiento.....	40
Lista de referencias	42
ANEXOS	43

Lista de tablas

vi

TABLA 1. PROBLEMA NO.1 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. (AUTOR).....	13
TABLA 2. PROBLEMA NO.2 DIFICULTAD EN LAS RELACIONES SOCIALES. (AUTOR).	13
TABLA 3. CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG. (AUTOR).	21
TABLA 4. INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS. (AUTOR).	22
TABLA 5. CHECK LIST DE CRITERIOS DSM-IV PARA TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS. (AUTOR).....	23
TABLA 6. FACTORES DE DESARROLLO DE LOS PROBLEMAS. (AUTOR).....	24
TABLA 7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM IV Y DSM V. (AUTOR).	26
TABLA 8. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. (AUTOR).....	30
TABLA 9. PLAN DE TRATAMIENTO Y DE INTERVENCIÓN. (AUTOR).....	37

Lista de figuras

vii

FIGURA 1. RELACIÓN MOLAR DE LOS PROBLEMAS. (AUTOR).....	14
FIGURA 2. CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA. (AUTOR).	31

Capítulo 1

Introducción e información general

Estudio de caso

Identificación: F.F.P.S

Edad: 27 años- 30- 04-1990

Fecha de nacimiento: 30- 04-1990

Sexo: Masculino

Nivel de escolaridad: Educación superior

Ocupación/ Profesión: Desempleado/ profesional en diseño grafico

Lugar de procedencia: Sincelejo

Religión: católica

Fecha de inicio: 16 -02-2017

Evaluado por: Armila Espitia Marzola

Contacto inicial

Paciente masculino con buena apariencia física, acorde a su edad cronológica (27 años) aseado, vigil, vestimenta acorde a: sexo, edad y contexto, se observan tatuajes en su espalda y hombro llega a consulta por iniciativa propia. Se muestra amable al momento de ingresar al consultorio (saluda estrechando la mano). Expresando querer un cambio en su vida. Durante la entrevista se muestra colaborador, atento con una actitud expansiva, manteniendo contacto visual, no presenta

dificultad en la comunicación de sus ideas, su lenguaje verbal fluido, coherente, acorde a su edad y escolaridad, tono grave, intensidad media, orientación en: persona, tiempo y espacio, memoria de evocación y fijación conservada, inteligencia promedio, pensamientos sobre generalizados Vb. Pte.: “Nada de lo que yo haga puede cambiar la situación”, Afecto e”,mico, psicomotricidad sin alteración, sensopercepción sin alteraciones. Juicio de realidad presente, conciencia de enfermedad. Se logra establecer una relación armoniosa mediante un dialogo guiado.

Motivo de consulta

Paciente F.F.P.S llega a la consulta por sí mismo, dentro de la clínica la misericordia donde está internado por consumo de sustancias expresando “Quiero cambiar mi vida, pero siento que no puedo hacerlo solo, me siento preso de mi inseguridad, tengo que mejorar, quiero trabajar, ser más social, más abierto, quiero recuperar mi vida, ser

F.F.P.S de antes, la droga me aisló por mucho tiempo, me quiero sentir yo mismo otra vez”

Quejas del paciente

Aspecto Cognitivo: “Estoy preso de mi inseguridad” “No puedo hacerlo solo” “Nadie me entiende” “Eh dejado perder mi vida” “Estoy estancado” “Soy incapaz”

Aspecto Afectivo: El paciente expresa irritabilidad, enojo, miedo, ansiedad, sentimientos de abandono e inhabilidad para resolver sus adicciones. Presenta pensamientos automáticos negativos e ideas centrales de incapacidad.

Aspecto Conductual: El paciente manifiesta problemas de comportamiento a través de un aislamiento social autoimpuesto, y ejercicio excesivo. F.F.P consume sustancias cada vez que interactúa en su círculo social o se siente ansioso.

Aspecto Fisiológico: El paciente presenta reacciones fisiológicas como alteración del ritmo cardíaco y sudoración.

Aspecto Relacional: El paciente presenta dificultades en las relaciones con grupo de pares, principalmente en el contexto social. F.F muestra dificultades al momento de relacionarse con otras personas principalmente en el contexto social y laboral, indica tener dificultades en habilidades sociales al momento de entablar conversaciones con extraños, en entrevistas de trabajo y con mujeres, expresa “bloquearse” no saber qué decir, por lo que se aísla e interactuar solo con familiares y personas conocidas.

Aspecto Contextual: El problema de F. F se manifiesta en el entorno social, familiar y laboral.

Capítulo 2

Identificación y descripción de problemas

Problema No.1: Consumo de sustancias psicoactivas

Problema No.2: Dificultad en las relaciones sociales

Problema No.1: Consumo de sustancias psicoactivas

Según el paciente F.F.P.S, consumió por primera vez sustancias psicoactivas la edad de 16 años, un amigo le ofreció mariguana en una fiesta, desde ese momento volvió a consumir drogas meses después en una fiesta nuevamente, a la edad de 20 años, cuando F.F se encontraba en la universidad, manifiesta que consumía perico cuando habían celebraciones, lo cual era aproximadamente cada 15 días, paulatinamente en el transcurso de los años, el paciente afirma sentir necesidad por consumir drogas más seguido al igual que sus amigos, cada 8 días, “era sagrado fumar mariguana o perico cuando había fiesta” argumenta que los últimos 12 meses el consumo de sustancias le fue generando dificultades en el trabajo, puesto que cada vez era más difícil mantenerse concentrado, se ausentaba del trabajo, descuidaba sus responsabilidades. Su pareja sentimental y su familia descubrió su adicción hace un año, alrededor de ese tiempo, el paciente manifiesta sentir más necesidad por consumir drogas seguido, lo que le cuestó su empleo, y su relación sentimental, F.F afirma que cuando se vio solo entendió que la droga era una enfermedad degenerativa, sentido que era incapaz de dejar por sí mismo esta adicción y deseo un cambio desde ese momento, por ello se internó en la clínica, hace aproximadamente un mes.

Problema No.2: Dificultad en las relaciones sociales

El paciente expresa tener dificultad para relacionarse con sus pares, con desconocidos, personas de rangos superiores y especialmente con mujeres, no presenta esta dificultad con sus familiares o amigos cercanos, F.F.P.S afirma quedarse en “blanco” y “sentirse preso de su inseguridad y aislamiento” se siente decepcionado por no alcanzar sus metas, estar estancado, no se siente el mismo, estos pensamientos han sido persistente durante los últimos 7 días, el paciente manifiesta que hace 3 días, su hermana le presento a una amiga y este después de darle la mano no pudo hablar más, le sudaban las manos, le temblaba el cuerpo, afirma no poder interactuar con mujeres, siente miedo de hablar con ellas, de no poder estar con una, por lo que según F.F es mejor aislarse y no salir.

Según F.F.P.S este malestar se ha incrementado desde el momento en que dejo la clínica la misericordia donde estuvo interno por 2 meses y 15 días, manifiesta que el primer día que estuvo por fuera le fue difícil expresarse como normalmente lo hacía, 3 meses antes, ha estado sintiendo ansiedad, palpitaciones, aumento del ritmo cardíaco, sudoración, en los últimos 7 días, en el momento en que se ve obligado a hablar con una persona desconocida, manifiesta sentirse que se ahoga y bloquearse, lo que le causa temor y vergüenza, comenta que se siente desmotivado, ya que quiere recuperar su vida y cumplir sus metas. Afirma que se siente ansioso y triste, ya que no fue seleccionado en una entrevista de trabajo por según el paciente estar ansioso y nervioso.

Capítulo 3

Análisis funcional

Las tablas 1 y 2 describen la situación problema de relación familiar y de conducta respectivamente.

Tabla 1. Problema No.1 Consumo de sustancias psicoactivas. (Autor).

SITUACIÓN	RESPUESTA	CONSECUENCIA
Su mejor amigo lo invita a su apartamento a fumar mariguana	<p>Cognitiva: “Soy incapaz de decirle que no” “Quiero, pero no debería hacerlo”</p> <p>Psicofisiológica: Alteración ritmo cardiaco, sudoración</p> <p>Afectiva-Emocional: Irritación.</p> <p>Motora: se va con su amigo</p>	<p>Aumento de probabilidad de la misma conducta en situaciones similares (Refuerzo positivo). R+</p>

Tabla 2. Problema No.2 Dificultad en las relaciones sociales. (Autor).

SITUACIÓN	RESPUESTA	CONSECUENCIA
Su hermana le presenta a una mujer	<p>Cognitiva: “Y ahora qué hago, que dijo” “que va a pesar de mi” “va a pensar que soy un tonto” “va a saber que soy un drogadicto”</p> <p>Psicofisiológica: alteración ritmo cardiaco, sudoración</p> <p>Afectiva-Emocional: irritabilidad, vergüenza</p> <p>Motora: Huye de la situación</p>	<p>Se aislarse y no sale de su casa.</p> <p>Reafirma su pensamiento de inutilidad (Refuerzo negativo) R-</p>

Relación molar de los problemas

Problema No.1: Consumo de sustancias psicoactivas

Problema No.2: Dificultad en las relaciones sociales

P1 ↔ P2

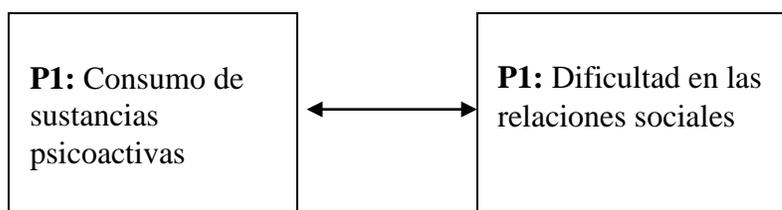


Figura 1. Relación molar de los problemas.

Se destaca que las problemáticas identificadas en el paciente se mantienen bajo una relación bidireccional entre P1 y P2 las cuales son mantenedoras de las dificultades F.F.

Capítulo 4

Análisis histórico

Historia personal

F.F.P.S de 27 años con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas con aproximadamente 9 años de evolución sin manejo médico, se internó en la clínica la misericordia por consumo compulsivo de sustancias psicoactivas (mariguana), al momento de ingresar a la clínica experimentaba cambios en el estado de ánimo, agresión e irritabilidad, hacia familiares y amigos cercanos.

Paciente con buena apariencia física acorde a su edad cronológica, su contextura corporal es el mesomorfo (atlético), estatura media-alta (1.75), cabello castaño, liso y corto, ojos cafés, mandíbula inferior prominente y tez trigueña, de inclinación por la religión católica. Se describe a sí mismo como alguien que quiere comenzar a vivir, le gusta leer y hacer ejercicio.

Historia familiar

F.F.P.S, proviene de una familia nuclear, tiene 4 hermanos, ocupa el tercer lugar dentro del mismo, a la edad de 12 años sus padres se divorciaron, por razones desconocidas para él, presencia en la relación de sus padres palabras agresivas y despectivas, maltrato psicológico e infidelidades por parte de su progenitor hacia su madre, afirma estar muy unido con su Mamá y hermana menor, mientras que habla esporádicamente con su padre, con quien mantiene una relación distante y conflictiva, su hermano mayor representa una figura paterna para él, ya que según el mismo es quien más lo ha apoyado a través de los años. Afirma tener una red de apoyo familiar solida contando con el soporte de su madre y hermanos.

Historia académica

Inició desde los 5 años en el Jardín infantil, luego en el mismo colegio cursó hasta quinto. Curso la primaria y secundaria con notas regulares y faltas de asistencia, culminó su bachillerato a la edad de 17 años, expresa haber sido un niño amoroso e inquieto, durante su tiempo en el colegio afirma haber faltado a clases y ser desordenado, (hacia chistes y bromas recurrentemente). A los 12 años comenzó un decaimiento académico, en faltas a clases, en pérdida de materias escolares y desinterés académico, perdió el año escolar (séptimo) el mismo año en el que se separaron sus

padres. A los 18 años cursa en la universidad en diseño gráfico, donde a pesar de faltas académicas y consumo de sustancias, se gradúa 5 años después.

Historia laboral

A La edad de 18 años empieza a trabajar como ejecutivo junior en una empresa de la ciudad de Cartagena, donde estuvo empleado aproximadamente 4 años, posteriormente entra en una empresa de marketing donde desempeña un rol de asesor de ventas, expresa que se adapta fácilmente a los cambios de empleo y mantenía una relación positiva con sus compañeros de trabajo. En este último empleo lo pierde por el exceso de consumo de sustancias psicoactivas (mariguana, perico) admite que este último una vez lo pedio se sintió deprimido.

Historia socio-afectiva

En su primaria practico diferentes tipos de deportes como el patinaje, futbol y gimnasia en los cuales estaba rodeado por grupo de pares, con los que se comunicaba fácilmente y mantenía una relación de amistad activa hasta la secundaria, describe que en la universidad tenía amigos para tomar y compañeros para estudiar, expresa que con el tiempo dejo de verse y comunicarse con sus antiguos amigos de primaria y secundaria, durante toda su etapa adulta manifiesta tener 2 amigos con los que tiene una relación de (hermanos) los cuales son mayores en comparación con F.F, el mismo expresa sentirse triste porque tiene que alegrarse de ellos ya que los mismos mencionados anteriormente siguen consumiendo sustancias psicoactivas, en la actualidad tiene poca interacción social.

Historia sexual

F.F.P.S inicio actividades sexuales a la edad de 14 años, con una mujer mayor (18 años). Expresa que mantenían una relación física superficial, su primera relación afectiva y sexualmente activa fue a los 16 años con una mujer de su edad, duro aproximadamente tres años, terminando por el cambio de domicilio de su compañera sentimental. Expresa que a partir de los 20 años mantuvo relaciones sexuales sin afectividad ni compromiso, las recuerda como actos rápidos y esporádicos, a los 23 años tuvo una segunda relación sentimental oficial, planeo el inicio de una familia con su cónyuge puesto que según F.F “ella era perfecta” y se entendían positivamente de manera física y afectiva, esta relación duro aproximadamente 4 años, y su compañera sentimental da por terminada su relación por el consumo constante de sustancias psicoactivas por parte de F.F

Historia del problema

P1 Consumo de sustancias psicoactivas

Paciente con antecedentes de consumo intermitente de sustancias psicoactivas (mariguana y perico) con aproximadamente 9 años de años de evolución sin manejo médico, se encuentra interno en la clínica la misericordia por consumo compulsivo, cambio en el estado de ánimo, agresión e irritabilidad hacia sus pares. A partir de entrevistas semiestructuradas al paciente F.F.P.S, reporta el inicio de consumo de sustancias psicoactivas por parte de este en el año 2006, a la edad de 16 años, se mantuvo en un consumo intermitente, hasta hace 12 meses aproximadamente, donde la compulsión se volvió constante, lo que llevo al paciente a tener dificultades en las diferentes áreas de su vida, familiar, laboral, y afectiva. Un refuerzo constante para mantener la conducta de consumo en F.F.P fue su área social, puesto que en esta era en

donde conseguía fácil acceso a la droga y donde sus acompañantes le incitaban a la misma, manteniéndose en el mismo medio y amistades a lo largo de 9 años, también mantuvo su adicción al consumo de estupefacientes.

P2 Dificultad en relaciones sociales

Según F.F.P.S su dificultad en las relaciones sociales se ha presentado desde el momento en que dejó la clínica la misericordia donde estuvo interno por 2 meses y 15 días, manifiesta que el primer día que estuvo por fuera le fue difícil expresarse como normalmente lo hacía, 3 meses antes, ha estado sintiendo ansiedad, aumento del ritmo cardiaco, y sudoración, en los últimos 7 días, en el momento en que se ve obligado a hablar con una persona desconocida, manifiesta sentirse que se ahoga y bloquearse, lo que le causa temor y vergüenza, comenta que se siente desmotivado, ya que quiere recuperar su vida y cumplir sus metas.

Afirma que se siente ansioso y triste, ya que no fue seleccionado en una entrevista de trabajo por según el paciente por mostrarse nervioso, F.F comenta sentirse solo y sin amigos, puesto que tomó la decisión de no habla con sus antiguos amigos porque estos aún continúan consumientes sustancias psicoactivas.

Experiencias y recuerdos más significativos dentro de las siguientes edades

0-5 F.F expresa recordar su infancia con lujos y opulencias según el mismo innecesarios en los que vivía su familia, conmemora con agrado juegos compartidos con sus hermanos, la casa donde vía y juguetes con los que poseía.

6-10 El paciente anuncia con aparente agrado que, durante este lapso, sus padres eran complacientes, especialmente su madre. Recuerda la compra de juguetes, comida, y caprichos en exceso, tanto para sus hermanos como para él. Uno de sus recuerdos más significativos tiene lugar a la edad de 9 años, donde su familia salía en carro para la playa durante los fines de semana.

11-15 Para F.F todo cambia a la edad de doce años, su familia se ve forzada a mudarse, por problemas financieros, sus padres se divorcian, y F.F es obligado a cambiarse de escuela, donde posteriormente pierde el año académico. El paciente describe esta etapa de su vida como la “crisis”

16-20 A la edad de 16 años, F.F prueba mariguana por primera vez, un amigo se la ofrece en una fiesta, y paulatinamente se la sigue proporcionando durante el resto de su adolescencia en fiestas, en este periodo de tiempo F.F manifiesta no acordarse de nada importante para él, expresa que ya no le daba importancia a nada a parte de las fiestas.

21-25 En esta edad F.F estaba en la universidad, el paciente anuncia con cierta complacencia que académicamente era un buen estudiante, aunque perdía muchas clases y en este punto según el mismo veía normal consumir drogas los fines de semana en compañía de amigos.

26-30 El paciente exterioriza experiencias con el consumo de sustancias psicoactivas, mientras expresa su decisión de cambiar.

Capítulo 5

Proceso de evaluación clínica

En la tabla 3 se describen los instrumentos utilizados en el proceso de evaluación clínica y sus respectivos resultados.

- Cuestionario de creencias centrales de los trastornos de la personalidad, CCE-TP (Londoño, N.H., Maestre, K., Marín, C.A., Schnitter, M., Castrillón, D., Chaves, L. & Ferrer, A., 2007).: Escala que consta de 45 ítems y evalúa once factores (esquemas). Para su calificación, se tiene en cuenta la suma de los ítems de cada Factor (esquema) obteniéndose las puntuaciones directas.
- El cuestionario de esquemas de Young– Long Form Second edición (1990): Es un cuestionario que evalúa Esquemas Maladaptativos Tempranos, se refieren a temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida de un individuo y son significativamente disfuncionales; estos esquemas sirven como marcos para el procesamiento de experiencias posteriores. Escala que consta de 45 ítems y evalúa once factores (esquemas). Para su calificación, se tiene en cuenta la suma de los ítems de cada Factor (esquema) obteniéndose las puntuaciones directas.
- Inventario de pensamientos automáticos Ruiz y Lujan (1991). Es un cuestionario que evalúa distorsiones cognitivas, son errores inferenciales del pensamiento, evaluaciones cognitivas ligadas a las situaciones específicas, se refieren a alteraciones en la forma de

ver los hechos, con el fin de que la realidad sea coherente o se ajuste a las creencias. Los datos descriptivos fueron arrojados a través del estudio Álvarez, López, Posada y Londoño (2004).

- Check list de criterios DSM-IV para trastorno por Abuso de sustancias.

Tabla 3. Cuestionario de esquemas de Young. (Autor).

FECHA DE APLICACIÓN	FACTORES	PUNTUACIONES	RESULTADO CUALITATIVO
05/04/2018	- Estándares inflexibles	14	La puntuación percentil es de 85 está por debajo de la media quiere decir que sus esquema mal adaptativos está en un límite.
	- Factor Abandono		
	- Aislamiento social	27	
	- Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	36	
	-	1	

Tabla 4. Inventario de pensamientos automáticos. (Autor).

FECHA DE APLICACIÓN	PENSAMIENTO Y DISTORSIONES	PUNTUACIONES	RESULTADO CUALITATIVO
24/03/2018	- Todo lo que hago me sale mal (Generalización)	2	Una puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que la paciente tiende a tener cierta tendencia a padecer por determinada forma de interpretar los hechos de su vida.
	-Debería de estar bien y no tener estos problemas (Debería)	3	
	-No debería cometer estos errores (Debería)	13	
		12	
	-Me siento culpable y es por qué he hecho algo malo	4	
(Culpabilidad) -Tarde o temprano irán las cosas mejor (personalización) - soy incompetente e inútil (pensamiento polarizado)			

Tabla 5. Check list de criterios DSM-IV para trastorno por Abuso de sustancias. (Autor).

FECHA DE APLICACIÓN	CRITERIOS DEL DSM IV	FREC. MÍN. SUGESTIVAS
15/03/2018	-Consumo recurrente de sustancias	2 veces a la semana
	-Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso	1 vez a la semana
	- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia	0 veces a la semana
	-Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales	2 veces a la semana

Factores de desarrollo

En la tabla 6 se describen los factores de desarrollo predisposición y adquisitivos de los problemas P1 y P2.

Tabla 6. Factores de desarrollo de los problemas. (Autor).

PROBLEMA	FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	FACTORES ADQUISITIVOS
P1 Consumo de sustancias psicoactivas	<p>Psicológicos: Aislamiento, Miedo, Ansiedad, vergüenza</p> <p>Biológicos: Ninguno</p>	<p>Modelamiento:</p> <p>Apego inseguro, con relación a su vínculo familiar.</p>
P2: Dificultad en las relaciones sociales	<p>Social: Dificultad para relacionarse, mantener relaciones sanas con sus pares personas de alto rango y mujeres</p> <p>Dificultad para decir no ante la tentación de drogas que le ofrecen sus pares</p> <p>Familiar: Problemas en las relaciones con su padre</p>	<p>Construcción de sus esquemas a partir de las experiencias negativas durante su adolescencia y adultez, construyó esquemas disfuncionales en aprendizaje y dinámica social, adquiriendo comportamientos disruptivos, y inadaptados comportamientos sociales, en la actualidad se refleja en sus dificultades para relacionarse con sus pares</p> <p>Condicionamiento operante: RI: Irritabilidad, miedo, ansiedad, sudoración, aumento del ritmo cardiaco dificultad para respirar.</p> <p>EC: en la calle, en entrevistas de trabajo, la casa de su hermana</p> <p>RC: Pensamiento rígido y dicotómico. Anticipación y autofocalización negativa</p>

 Señalización por

condicionamiento pavloviano
 Déficits en modulación
 emocional, estrategias
 de afrontamiento inadecuadas y
 de
 Solución de problemas.
 Déficits en habilidades de
 comunicación (asertividad)

Construcción de esquemas:

Factores desencadenantes

Distales: al tener contacto con
 personas desconocidas y
 mujeres

Proximal: Dificultades en el
 entorno social
 aislamiento social
 (autoimpuesto)

Factores de mantenimiento

Los comportamientos de F.F se
 mantienen a través de
 condicionamiento operante, entre
 refuerzo negativo y positivo cuya
 consecuencia genera (escape).
 cuya retirada refuerza de forma
 negativa a partir de
 comportamientos de escape y
 evitación.

Déficit en estrategias de
 afrontamiento

Déficit en habilidades de
 autocontrol y expresión
 emocional asertiva

Capítulo 6

Evaluación multiaxial

Evaluación multiaxial DSM IV

EJE I: 3.15.1 (F1x.1) Trastornos por consumo de sustancias

Eje II: Z03.2 No hay diagnóstico [V7109]

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo dificultades en el contexto social, desempleado

Eje V: 80- 71 (actual)

Tabla 7. Criterios diagnósticos del DSM IV. (Autor).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM IV DEL TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM V DE TRASTORNO POR CONSUMO DE CANNABIS
<p>A). Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:</p> <p>1. consumo recurrente de sustancias,</p>	<p>A. Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:</p> <p>1. Se consume cannabis con frecuencia en</p>

que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)	cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)	2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)	3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)	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.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

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
cannabis (véanse los
Criterios A y B del
conjunto de criterios de
abstinencia de cannabis,
pág. 271).

b. Se consume cannabis (o
alguna sustancia similar)
para aliviar o evitar los
síntomas de la abstinencia.

Capítulo 7

Diagnostico diferencial

La tabla presenta el diagnóstico diferencial del DSM IV Y V del trastorno por consumo de sustancias.

Tabla 8. Diagnostico diferencial. (Autor).

DSM IV DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS	DSM V TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS
Se incluye algunas de las características observadas en el trastorno por abuso de sustancias (patrón mal adaptativo, deterioro o malestar clínicamente significativo, necesidad marcada por consumo de sustancias)	Se establece con otros trastornos que se expresan con síntomas conductuales, como el abuso de sustancias.
No incluye el patrón persistente de las formas de comportamiento más graves, que implican la violación de los derechos básicos de otras personas o de las normas sociales propias de la edad del sujeto	Al igual que con la dependencia se propone usar los criterios para evaluar cada sustancia que produce abuso. De este modo puede resultar en varios diagnósticos de abuso de sustancias. los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias
Cuando el patrón comportamental del sujeto satisface los criterios tanto de trastorno de dependencia de sustancia como de trastorno abuso de sustancias, el segundo debe ocupar el lugar preferente y el trastorno de dependencia no debe diagnosticarse	Los problemas pueden afectan al sujeto en todos los contextos, (familiar, social)y los síntomas conductuales derivados de la impulsividad y anárquicos (no siguen un patrón definido) que se observan en los trastornos del comportamiento inducido por sustancias.

Conceptualización cognitiva

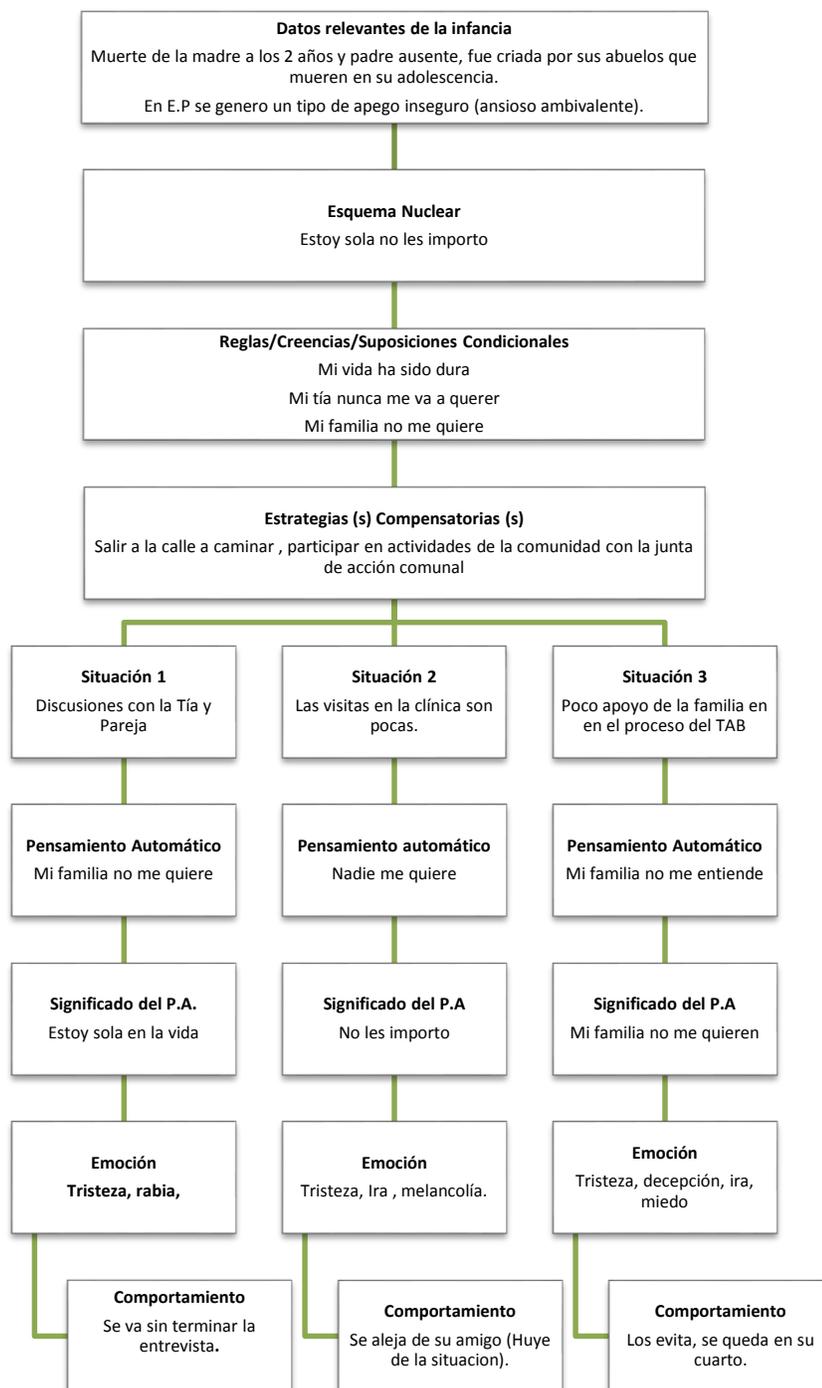


Figura 2. Conceptualización cognitiva.

Capítulo 8

Formulación clínica

Paciente de 27 años de edad presenta un trastorno por abuso de sustancias, mediante entrevistas estructuradas, y durante el proceso de evaluación se identifica que el problema de conducta del paciente *F.F* se caracteriza por conductas disruptivas, hacia el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, lo que conlleva a el deterioro y malestares clínicamente significativo, que afectan las diferentes áreas de la vida de *F.F*, el comportamiento del paciente se ha visto afectado a tal punto que le consto el empleo a este, no cumplía con sus responsabilidades laborales, en ocasiones se mostraba irritado, consumía drogas en cada oportunidad que se le presentaba, mostraba desinteresa en su relación con sus familiares y pares, tiende a relacionarse con personas que presentan la misma necesidad por el consumo de drogas, presenta inquietud motora, lo expuesto anteriormente inciden en el mantenimiento de sus conductas, lo que obstaculiza mantener relaciones sanas en los diferentes contextos.

Las dos problemáticas mencionadas inicialmente, problemas con el abuso de sustancias, relajaciones con sus pares inestables, distanciamiento la relación familiar y problemas en la conducta, se ven mantenidas por condicionamiento operante debido a factores cognitivos y conductuales, mantenidos por su círculo social. Frente al problema, el paciente verbaliza expresiones como: “Estoy preso de mi inseguridad” “No puedo hacerlo solo” “Nadie me entiende” “Eh dejado perder mi vida” “Estoy estancado” “Soy incapaz” se ve reflejado el componente cognitivo, mediante sus verbalizaciones negativas y peyorativas sobre sí mismo. De esta manera, las conductas disruptivas de la paciente se mantienen en el tiempo por escape, ya que sus pensamientos llevan a *F.F* a conductas problemática, y por refuerzo negativo, ya que

a través de su conducta consigue consumir sustancias psicoactivas. Todo esto acompañado del modelado permanente de la conducta.

En el contexto social se encuentra además que la influencia social disruptiva es otro factor que refuerza constantemente las conductas del paciente, tal como lo es relacionarse con pares que presentan el mismo consumo y abuso de sustancias.

A momento de *F.F* de tomar la decisión consiente d detener el uso de las drogas, se vio despegado de la influencia de los pares, que, para el paciente en su círculo social, lo que acarreo a mediano plazo que *F.F* se sintiese abandonado.

Conceptualización teórica

Para el presente estudio de caso se destacó la importancia para la adherencia al tratamiento en adicciones. De igual manera se revisaron las diferentes estrategias cognitivo-conductuales las cuales incluían: detención del pensamiento, técnicas de distracción, control y programación de actividades, entrenamiento en relajación, técnicas de imaginación, desensibilización sistemática, auto instrucciones y discusión de ideas irracionales.

Al mencionar al modelo que subyace a los tratamientos psicológicos, no se está afirmando que exista una única forma de entender los procesos y determinantes de la conducta adictiva desde la Psicología. Lo que se quiere decir es que los tratamientos psicológicos se apoyan en un modelo psicológico, cuya naturaleza esencial consiste en comprender la conducta por su relación con el contexto, sea éste de carácter biológico o social.

Se reconoce ampliamente que el abuso de sustancias adictivas afecta a jóvenes y adultos jóvenes que se encuentran en la etapa productiva de su vida. A pesar de ello, el contexto sociocultural resulta permisivo, las drogas adquieren significados de pertenencia e identidad y se utilizan para divertirse, socializar y sentirse acompañados (Secades, 2001). De manera particular, cuando el adolescente se inicia en el abuso del alcohol puede estar recurriendo a dicha conducta como un medio de ajuste a su grupo de pertenencia y a la sociedad que le resulta sumamente compleja (Pons & Buelga, 2011).

El creciente problema de las adicciones es complicado y requiere ser abordado desde un enfoque multideterminado que tenga en cuenta factores genéticos, psicosociales y ambientales que expliquen el desarrollo y manifestación de esta conducta nociva; así como de un análisis del contexto ecológico que permita entender la interacción de los microsistemas individual y familiar (Bronfenbrenner, 2005; Pons & Buelga, 2011).

La propia descripción de los trastornos por abuso de sustancias de los sistemas de clasificación diagnóstica (en particular, el DSM Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), ya asume la centralidad del modelo psicológico, si tenemos en cuenta que, de los siete criterios para el diagnóstico de la dependencia, solo los dos primeros tienen que ver con aspectos sociológicos (tolerancia y abstinencia). Los criterios 3, 4 y 5 se refieren al patrón conductual compulsivo inherente a la adicción a las drogas, caracterizado por dos fenómenos, el craving o experiencia subjetiva de desear o necesitar consumir drogas y la falta de control (la incapacidad para resistir el craving), es decir, la tendencia a elegir una recompensa menor, pero inmediata, frente a una recompensa de mayor magnitud, pero más demorada.

Finalmente, los criterios 6 y 7 se centran en los efectos adversos (la pérdida de reforzadores) provocados por el consumo de drogas.

La concepción psicológica de los trastornos de abuso de drogas es también la que subyace en el modelo biopsico-social o bioconductual de Pomerleau y Pomerleau (1987) que hoy constituye el marco predominante para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva, basado en la evidencia. De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva es la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007).

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

La conducta de autoadministración de drogas obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta normal en condiciones similares (McKim, 2000), luego, el cambio de conducta estará directamente relacionado con la modificación de las contingencias asociadas. Las necesidades del individuo condicionan las contingencias que se pueden utilizar en el tratamiento. El uso de drogas es un tipo de comportamiento que tiene un carácter dimensional (desde la abstinencia, pasando por el consumo esporádico hasta el abuso continuo) que está multifactorialmente determinado. Las contingencias no están solamente relacionadas con las que se derivan directamente del

consumo de la sustancia, tales como los efectos reforzantes (positivo o negativo) de su acción psicológica, sino también se refieren a las ganancias y pérdidas de reforzadores en otros múltiples dominios, tales como el reconocimiento social, los recursos económicos, la salud, las relaciones afectivas, entre otros. En realidad, el efecto reforzante del consumo de una sustancia puede definirse como una función que resulta de la interacción de una persona multidimensional con el uso de la sustancia y el complejo contexto ambiental asociado (Gifford y Humphreys, 2007).

Según la Teoría de la Elección Conductual, el uso de drogas en el individuo se mantendrá mientras las ganancias por su consumo sean superiores a las pérdidas producidas por su precio (recursos empleados) más los costes de oportunidad (reforzadores alternativos perdidos por el uso de la sustancia) (Vuchinich y Heather, 2003).

Estas ideas conforman un modelo para explicar el cambio conductual, en donde la motivación para el cambio está íntimamente ligada a la medición de múltiples factores relacionados directa o indirectamente con el consumo de drogas. Estos factores son, en su mayoría, variables de índole psicológica ya que su evaluación es de carácter individual y personal, no existiendo factor objetivo alguno que determine el uso o el rechazo de las drogas. Sólo desde esta perspectiva psicológica y sólo desde las terapias psicológicas pueden abordarse estos factores de cambio y entenderse sus efectos sobre un patrón de uso dimensional de las drogas. Es evidente que, dentro de este marco psicológico, cobra especial importancia el uso de técnicas farmacológicas para la desintoxicación y el tratamiento de las adicciones. En ambos casos, se trataría de alterar el balance de costes y beneficios para el sujeto, reduciendo, en algunos casos, los costes

Se infiere que las intervenciones psicológicas constituyen el núcleo central y crítico de los tratamientos de los trastornos adictivos. Los modelos psicológicos constituyen actualmente los

modelos conceptuales básicos que informan las intervenciones terapéuticas y que pueden dar mejor respuesta a necesidades básicas de los tratamientos como son el incremento de la motivación, la atención a la diversidad psicológica y la reducción de las recaídas.

Plan de tratamiento y de intervención

El plan de tratamiento e intervención, así como sus objetivos, técnicas sesiones y resultados obtenidos, se describen a continuación.

De igual forma se hace la relación de conducta durante el posttratamiento en la figura 2.

Tabla 9. Plan de tratamiento y de intervención. (Autor).

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA/ ESTRATEGIAS	NÚMERO DE SESIÓN	RESULTADO
	Explicar desde el análisis funcional la importancia del tratamiento y la metodología de trabajo. Entrenar a sus cuidadores en la aplicación de técnicas operantes y manejo de contingencias	Psi coeducación	1 y2	Se consiguió que el paciente tomará conciencia del problema y entendieran cada una de las situaciones que se manifiestan, desde el análisis funcional y entiendan la importancia del modelo para que se dé un buen tratamiento en el manejo de la técnica.
Disminuir la frecuencia	Entrenar al paciente para que modifique	Detección del pensamiento, auto	3 /4	Por medio de esta sesión la paciente aprendió a realizar auto registro de la

<p>de las conductas adictivas y desadaptativa del paciente en su vida cotidiana desde la terapia cognitivo conductual.</p>	<p>su dialogo interno cuando interactúa dentro del entorno registrando las situación emociones y pensamiento</p>	<p>instrucciones y control de la ira</p>	<p>situaciones que le genera conflicto y que hace que su comportamiento lo pueda controlar de una forma más adaptativa y asertiva.</p>
<p>Disminuir pensamientos negativos de sí mismo</p>	<p>Debate socrático</p>	<p>5</p>	<p>El paciente desarrollo la técnica de entrenamiento de cómo disminuir y obtener pensamiento alternativo frente a sí mismo.</p>
<p>Adiestrar al paciente en habilidades sociales y relajación para el manejo de su comportamiento en los entornos sociales.</p>	<p>Habilidades sociales. relajación</p>	<p>6/7</p>	<p>Manteniendo una participación más activa. Fue posible trabajar con el paciente y entrenarlo en la técnica de relajación progresiva de Jacobson para que cuando se le presente situaciones de autocontrol, ira pueda manejarla. Para el entrenamiento en habilidades sociales se realizó ejercicios que le permitiera desarrollar una conversación <u>como saludar, escuchar,</u></p>

			preguntas , iniciar y mantener conversaciones , iniciar y unirse a actividades de grupo. Habilidades para situaciones difíciles: realizar críticas y recibirlas.
Prevención de recaídas.	Autor registro		El paciente maneja la detección de pensamientos intrusivos, en esta sesión se le enseña a reconocer, pensamientos y situaciones que puedan provocar una recaída.
Entrenar al paciente en resolución de problema y habilidades autoinstruccionales	Role playing Banco de niebla	8/9/10	Inicialmente fue un poco difícil, pero mediante la práctica continuada el paciente explora sus sentimiento y actitudes, percepciones en su conducta sintiendo forzada a descubrir y aceptar el rol de los demás, dando lugar a posible soluciones.
Seguimiento y evolución del progreso del paciente	Registro Observación	11	Se evidencia un progreso fluctuante en la paciente. Teniendo como base la información de la familia.

Curso del tratamiento

El abuso de sustancias se refiere a la auto-indulgencia en el consumo y dependencia de una droga u otro químico que lleva a efectos que generan un deterioro en la salud física y mental de la persona que lo realiza, o el bienestar de otros.

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. La 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. Entre las características generales de las terapias cognitivo- conductuales se incluyeron:

- a. centrarse en el abordaje de los problemas actuales
- b. establecer metas realistas y consensuadas con el paciente,
- c. buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes,

Son múltiples las ventajas de este enfoque basado en la teoría del comportamiento. Las más destacadas durante la intervención fueron:

- a. su flexibilidad para adaptarse a las necesidades de los pacientes.
- b. la facilidad con la que son aceptados por los pacientes debido a su alto nivel de implicación en la selección de objetivos y en la planificación del tratamiento.
- c. el permitir al paciente hacer su propio cambio de comportamiento.
- d. su conexión con la teoría psicológica establecida.

- e. su derivación del conocimiento científico y aplicación a la práctica clínica.
- f. su estructuración, lo que permite la evaluación de resultados.
- g. su efectividad basada en la evidencia científica.

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia se incluidas en el programa:

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Prevención de recaídas

Entrenamiento en manejo del estrés

Entrenamiento en relajación

Entrenamiento en habilidades sociales

Entrenamiento en habilidades de comunicación

Entrenamiento en habilidades para la vida

Ejercicio aeróbico

Biofeedback

Entrenamiento en asertividad

Entrenamiento en manejo de la ira

Se evidencia un progreso fluctuante en el paciente, teniendo como base la información proporcionada por F.F, por observación, autor registros, e información aportada por la familia del paciente.

Lista de referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana (2001). Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales. 4 ediciones. Washington DC: APA
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th Edition. Washington, DC
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales. 5ª edición. Washington DC: American Psychiatric Association
- D'zurilla, A., M. Y Nezu, C. M. (2007). Técnicas de resolución de problemas. En Caballo V. E. (dir.). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (pp. 527-553). Madrid: siglo XXI.
- González, I. D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. RET, Revista de Toxicomanías. N°. 57 - 2009
- Lazarus, A. A, Terapia multimodal. IPPEM, 1983.
- Ruiz, J. y Luján, J. (1991). Manual de Psicoterapia Cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/SentirseMejor/sentirse2.htm>
- Young, J. E. & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (segunda edición). En J. E. Young (1994). Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach (Ed.rev.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Becoña, E., I (2008) Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Recuperado de: [file:///C:/Users/user/Downloads/ES03_GuiaClinicaIntPsicologica%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/ES03_GuiaClinicaIntPsicologica%20(3).pdf)

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
SECCIONAL CARTAGENA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:

Yo, _____ mayor de edad, identificado con C.C. No. _____ y como paciente autorizo al psicólogo/a con profesión o especialidad, para la atención, seguimiento e intervención psicológica.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Al firmar este documento, reconozco que lo he leído, me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas y explicadas satisfactoriamente. También acepto que los resultados de las evaluaciones sean utilizados en posibles estudios investigativos y/o en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato la identidad. Igualmente, acepto que no recibiré dinero por parte del laboratorio de psicología de la Universidad de San Buenaventura.

Esta evaluación contempla parámetros establecidos en la resolución N°008430 de 1993 del 4 de Octubre, emanada por el Ministerio de salud, en cuanto a investigaciones con riesgo mínimo, realizada en seres humanos.

Comprendiendo lo escrito, doy mi consentimiento para la atención, seguimiento e intervención psicológica y firmo a continuación:

Firma paciente
C.C.

Arubla Espitia M.
Firma Psicólogo/a

Anexo 2

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que _____.		X		
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.		X		
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.			X	
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.		X		
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				X
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.		X		
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.			X	
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.	X			
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.		X		
10. A veces creo que no soy buena persona.			X	

Anexos 3

**CUESTIONARIO DE CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA
PERSONALIDAD, CCE-TP**

N.H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, D., Schnitter, M., Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer (2007).
Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia).

Instrucciones:

A continuación se presentan diferentes creencias y formas de comportamiento que emplean las personas en su vida cotidiana. Las creencias y formas de comportamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación. Responda señalando con una X debajo de la columna que señala la flecha (↓) el número que mejor indique su forma de pensar o de comportarse. Tenga en cuenta la siguiente valoración que usted dará a sus respuestas:

1	2	3	4	5	6
No me describe en nada	Me describe minimamente	Me describe un poco	Me describe moderadamente	Me describe mucho	Me describe perfectamente

	↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Utilizo a los otros antes que ellos lo hagan conmigo	1 2 3 4 5 6										0				
2. Considero que los otros no me comprenden por que soy diferente	1 2 3 4 5 6														
3. Considero que soy una persona muy agradable y atractiva	1 2 3 4 5 6														
4. No confío en otras personas	1 2 3 4 5 6														
5. Siento que soy indeseable en las situaciones sociales	1 2 3 4 5 6														
6. No puedo tomar decisiones por mí mismo	1 2 3 4 5 6														
7. No soporto el aburrimiento	1 2 3 4 5 6														
8. Busco orden y reglas para que la tarea se realicen bien	1 2 3 4 5 6														
9. No soportaría el que los demás me percibieran como inadecuado	1 2 3 4 5 6														
10. Pienso que los demás son irresponsables y demasiado autocomplacientes	1 2 3 4 5 6														
11. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto	1 2 3 4 5 6														
12. Me siento demasiado incómodo cuando percibo que alguien desea dominarme	1 2 3 4 5 6														
13. Considero que las personas con autoridad son muy controladoras	1 2 3 4 5 6														
14. Me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas	1 2 3 4 5 6														
15. Pienso que los otros son débiles y merecen que los dominen	1 2 3 4 5 6														
16. Pienso que no encajo en los grupos	1 2 3 4 5 6														
17. Creo que atraigo la atención e impresiono positivamente a los demás	1 2 3 4 5 6														
18. Soy una persona desconfiada	1 2 3 4 5 6														
19. No cuento con muchas habilidades sociales	1 2 3 4 5 6														
20. Necesito demasiado la ayuda y el afecto de los demás	1 2 3 4 5 6														
21. Es terrible que la gente me ignore	1 2 3 4 5 6														
22. Tiendo a ser meticuloso para que todo funcione bien	1 2 3 4 5 6														
23. Quedar expuesto como inferior sería intolerable	1 2 3 4 5 6														
24. Creo que los demás tienden a ser demasiado descuidados	1 2 3 4 5 6														

	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
25. Me incomoda mucho no conseguir aquello a lo que creo tener derecho	1	2	3	4	5	6					
26. Me gusta tener relaciones cercanas, pero no ser dominado	1	2	3	4	5	6					
27. Creo que las personas con autoridad tienden a ser intrusivas y entrometidas	1	2	3	4	5	6					
28. Evito tener compromisos con los demás	1	2	3	4	5	6					
29. Hago todo lo necesario para conseguir algo así sea incorrecto	1	2	3	4	5	6					
30. Me aislo de los demás para no sentir malestar	1	2	3	4	5	6					
31. Pienso que los otros me admiran	1	2	3	4	5	6					
32. Estoy constantemente en guardia	1	2	3	4	5	6					
33. Creo que si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo "real" y me rechazarán	1	2	3	4	5	6					
34. Soy alguien necesitado y débil	1	2	3	4	5	6					
35. Es horrible que las personas no sean amigables conmigo	1	2	3	4	5	6					
36. Los detalles son extremadamente importantes	1	2	3	4	5	6					
37. No tolero los sentimientos desagradables	1	2	3	4	5	6					
38. Considero que los demás tienden a ser incompetentes	1	2	3	4	5	6					
39. Busco que los demás respeten mi <i>status</i>	1	2	3	4	5	6					
40. Ser controlado o dominado por los demás es intolerable	1	2	3	4	5	6					
41. Pienso que las personas son demasiado exigentes	1	2	3	4	5	6					
42. Creo que todos tienen que satisfacer mis necesidades	1	2	3	4	5	6					
43. Amenazo con hacerme daño para que los demás no me dejen	1	2	3	4	5	6					
44. Las personas son especiales conmigo	1	2	3	4	5	6					
45. Tiendo a ser receloso y desconfiado	1	2	3	4	5	6					
46. Me considero inepto en mi trabajo	1	2	3	4	5	6					
47. Creo que la mayoría de las personas parecen ser más seguras que yo	1	2	3	4	5	6					
48. No tolero la soledad	1	2	3	4	5	6					
49. Busco ser muy competente para no fracasa	1	2	3	4	5	6					
50. Tiendo a evitar a toda costa las situaciones desagradables	1	2	3	4	5	6					
51. La gente no tiene ningún derecho a criticarme	1	2	3	4	5	6					
52. Si no domino a los demás ellos me dominarán	1	2	3	4	5	6					
53. Considero que las relaciones con los otros son caóticas	1	2	3	4	5	6					
54. Soy una persona encantadora e irresistible	1	2	3	4	5	6					
55. Estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme	1	2	3	4	5	6					
56. Pienso que las otras personas son indiferentes o despectivas ante mis esfuerzos	1	2	3	4	5	6					
57. Pienso que el más fuerte puede brindarme seguridad	1	2	3	4	5	6					
58. Miento y hago trampas siempre y cuando los otros no se enteren	1	2	3	4	5	6					
59. Soy muy extraño y diferente	1	2	3	4	5	6					
60. Soy una persona demasiado especial	1	2	3	4	5	6					
61. Soy suspicaz	1	2	3	4	5	6					
62. Creo que soy superior y merezco un trato y privilegios especiales	1	2	3	4	5	6					
63. Las relaciones íntimas son agobiantes	1	2	3	4	5	6					
64. Creo que si una persona no sabe defenderse, ese es su problema	1	2	3	4	5	6					
65. Prefiero estar aislado de los demás	1	2	3	4	5	6					

Anexos 4

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L₂* D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003) Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia) Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.		Nº Protocolo

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

Quando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo	1	2	3	4	5	6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	1	2	3	4	5	6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	1	2	3	4	5	6
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6

17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	X	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	X	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	X	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	X	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	X	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	X	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	X	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	X	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	X	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	X
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	X	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	X	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	X	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	X	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	X	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".	1	2	3	X	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	X	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	X	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	X	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	X	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1	X	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	X	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	X	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	X	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	X	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	X	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	X	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo se que son por mi bien.	1	2	X	4	5	6

**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS
RUIZ Y LUJAN, 1991**

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que Usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0 Nunca lo pienso
- 1 Algunas veces pienso eso
- 2 Bastantes veces lo pienso
- 3 Con mucha frecuencia lo pienso

No.	Pensamientos	Respuesta
1.	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3
2.	Solamente me pasan cosas malas	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3
3.	Todo lo que hago me sale mal	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
4.	Sé que piensan mal de mí	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
5.	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0 1 2 3
6.	Soy inferior a la gente en casi todo	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
7.	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
8.	¡No hay derecho a que me traten así!	0 1 2 3
9.	Si me siento triste es porque son un enfermo mental	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
10.	Mis problemas dependen de los que me rodean	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
11.	Soy un desastre como persona	0 1 2 3
12.	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3
13.	Debería de estar bien y no tener esos problemas	0 1 2 3
14.	Sé que tengo la razón y no me entienden	0 1 2 3
15.	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0 1 2 3
16.	Es horrible que me pase esto	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3
17.	Mi vida es un continuo fracaso	0 1 2 3
18.	Siempre tendré este problema	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
19.	Sé que me están mintiendo y engañando	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
20.	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
21.	Soy superior a la gente en casi todo	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
22.	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
23.	Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
24.	Me siento culpable y es porque he hecho algo malo	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
25.	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
26.	Alguien que conozco es un imbécil	0 1 2 3
27.	Otros tienen la culpa de lo que me pasa	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3
28.	No debería cometer estos errores	0 1 2 3
29.	No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
30.	Ya vendrán mejores tiempos	0 1 2 3
31.	Es insoportable, no pudo aguantar más	0 1 2 3
32.	Soy incompetente e inútil	0 1 2 3
33.	Nunca podré salir de esta situación	0 1 2 3
34.	Quieren hacerme daño	0 1 2 3
35.	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
36.	La gente hace las cosas mejor que yo	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
37.	Soy una víctima de mis circunstancias	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
38.	No me tratan como deberían hacerlo y como me merezco	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3
39.	Si tengo esos síntomas es porque soy enfermo	0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3
40.	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0 1 2 3
41.	Soy un neurótico	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
42.	Lo que me pasa es un castigo que merezco	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
43.	Debería recibir más atención y cariño de otros	0 1 2 3
44.	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0 1 2 3
45.	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0 1 2 3