

## **Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y alteración del estado de ánimo en un adolescente, recluso en un centro de salud mental de la ciudad de Cartagena.**

P. Malambo

Escuela de psicología. Universidad del Sinú, seccional Cartagena. Colombia.

### **RESUMEN**

**Objetivo.** Exponer la propuesta de intervención, y que tan efectivo es la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual con el propósito de mejorar el estado de ánimo del paciente y reducir la sintomatología depresiva. Así mismo prevenir las recaídas al consumo de sustancias psicoactivas.

**Material y método.** Para realizar un tratamiento cognitivo-conductual se realizaron entrevistas estructuradas y semiestructuradas con el paciente, y su familia. Para la obtención de datos con referente al consumo de sustancias y a la alteración del estado de ánimo. Se aplicó la prueba OMS ASSIT V.3 y la escala de depresión de Hamilton. La propuesta de intervención se dividió en 3 fases. En la primera fase se realizó la evaluación inicial, en la segunda fase se llevaría a cabo el protocolo de intervención y en la tercera fase se realizaría el seguimiento.

**Resultados esperados y discusión.** Según cada técnica propuesta en el protocolo de intervención se expone el resultado

esperado. La expectativa de este tratamiento es que las conductas evitativas y la alteración el estado del ánimo se disminuya o se logren eliminar en gran manera. Que el paciente logre, desarrollar pensamientos más adaptativos y que no afecten sus emociones. Eliminar el consumo de sustancias psicoactivas y prevenir las recaídas a este mismo.

### **Palabras clave**

Consumo de sustancias psicoactivas, intervención, tratamiento cognitivo-conductual, estudio de caso, depresión, estado de animo

---

### **ABSTRACT**

**Objective:** Present the intervention proposal, and how effective is the application of a cognitive-behavioral treatment in order to improve the patient's mood and reduce depressive symptoms. And also prevent relapses to the consumption of psychoactive substances.

**Material and method.** To carry out a cognitive-behavioral treatment, structured and semi-structured interviews were carried out with the patient and his family. To obtain data regarding substance use and altered mood. The WHO ASSIT V.3 test and the Hamilton depression scale were applied. The intervention proposal was divided into 3 phases. In the first phase, the initial evaluation was carried out, in the second phase the intervention protocol would be carried out and in the third phase the follow-up would be carried out.

**Expected results and discussion.** According to each technique proposed in the intervention protocol, the expected result is exposed. The expectation of this treatment is that avoidant behaviors and mood disturbances will be greatly reduced or eliminated. That the patient achieves, develop more adaptive thoughts and that do not affect their emotions. Eliminate the consumption of psychoactive substances and prevent relapses to it.

### **Keywords**

Consumption of psychoactive substances, intervention, cognitive-behavioral treatment, case study, depression, mood.

---

### **INTRODUCCIÓN**

El consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en uno de

los temas con mayor interés a nivel mundial en las últimas décadas, debido a la creciente implicación de los adolescentes y jóvenes en estas conductas y el efecto negativo que esta misma ha causado en el área personal, social y económica.

Según el ministerio de salud (Min salud) las sustancias psicoactivas son todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su consumo puede crear dependencia.

Rodríguez (1996), quien realizo uno de los primeros estudios comparables en 1992 y 1996 en población general, mostraban que el crecimiento del consumo de sustancias se debió especialmente al incremento del uso entre mujeres, al aumento del uso entre adolescentes y al mayor consumo de marihuana.

La adolescencia es una etapa del desarrollo del ser humano que implica presión social asociada a crisis psicológicas propias de la etapa, que lleva a una exposición constante al medio y a mayor susceptibilidad de consumo. Cuando el inicio del consumo se da en la adolescencia, se puede considerar que está relacionado a situaciones adversas que se estén presentando en su vida. Tanto personal, social, escolar como familiar. Las cuales lo llevaron a tomar la decisión de consumir.

La O.D.C (observatorio de drogas en Colombia) señala que “el consumo de sustancias psicoactivas en el país es un problema crítico, no solo por el aumento sistemático que señalan los estudios disponibles, sino porque sus características lo hacen un asunto complejo con serias repercusiones en la salud pública y en lo social.

En Colombia según Scoppetta (2010), se observa en el país un aumento en la diversidad de sustancias consumidas, lo cual implica que todavía están presentes en el mercado nacional las sustancias consumidas hace décadas como la marihuana.

Otra forma de entender que el mercado de las drogas se ha expandido, es gracias al incremento del uso del cloruro de metileno (conocido como Dick) en la población escolar en Colombia, convirtiéndose en la cuarta sustancia psicoactiva más utilizada en esta área población, después de alcohol, cigarrillo y marihuana (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011). Así mismo en Colombia, según datos obtenidos del Estudio Nacional de Consumo en 2013, muestran que aproximadamente 2,6 millones de personas tendrían un patrón de consumo de alcohol de riesgo o perjudicial; es decir, el 35% de los consumidores de alcohol; en población entre 12 y 65 años. Igualmente, estimaron que un 55% es de consumidores de sustancias ilícitas en el último año, lo que equivaldría a casi 500.000 personas, estarían en condición de abuso o dependencia (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2013).

Según Min salud las sustancias psicoactivas se pueden clasificar en 3 grandes grupos según su abordaje:

- Según sus efectos en el cerebro pueden ser depresoras o estimulantes del sistema nervioso, o pueden ser alucinógenas

- Según su origen pueden ser naturales, sintéticas o semisintéticas

- Según la normatividad pueden ser ilegales o legales, por ejemplo, la cocaína es ilegal pero las bebidas alcohólicas son legales.

Como anteriormente se mencionó, un consumo problemático afecta varias áreas de la vida del individuo, por ende, se hace necesario hablar sobre los factores protectores y de riesgo con los que este cuente. Un factor protector son características o atributos individuales, familiares o sociales, que reducen la posibilidad de uso, abuso o dependencia de las sustancias psicoactivas, y un Factor de riesgo son características o atributos individuales, familiares o sociales, que posibilitan o aumentan el consumo de sustancias psicoactivas. Por consiguiente, para una mejor intervención y mejoría del individuo consumidor debemos identificar estos factores. De igual forma es verídico y funcional para la intervención en este tipo de problemática hablar sobre las etapas de cambio motivacional.

Según una hipótesis formulada por Pro Chaska y Di Clemente en 1984. Los cambios de conducta siguen una serie de etapas, tanto en los cambios espontáneos como en aquellos que siguen a recomendaciones terapéuticas. A Estos estadios los denominaron: "las etapas del cambio". Inicialmente se usaba el este modelo (modelo transteórico) para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Sin embargo, en los últimos años, el modelo

ha ido adquiriendo consistencia y ha sido aplicado en un amplio espectro de cambios de conducta.

Este Modelo concibe el cambio de conducta como un proceso relacionado con el progreso a través de una serie de seis estados, los cuales son totalmente dinámicos:

- **Pre-contemplación**: La persona todavía no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. En consecuencia, no suelen acudir por cuenta propia a terapia.
- **Contemplación**: La persona considera y rechaza el cambio a la vez. Aunque es consciente del problema, la balanza que recoge los motivos para cambiar y los motivos para continuar igual está muy equilibrada.
- **Preparación**: También llamada etapa de “Determinación”. La persona está motivada hacia el cambio, lo que para el terapeuta es un periodo adecuado para aconsejar el recurso terapéutico más beneficioso. En caso de no conseguir que la persona avance a la etapa de “Acción”, ésta retrocederá a la etapa anterior.
- **Acción**: La persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio, por lo que el objetivo es cambiar el problema que se desea resolver.
- **Mantenimiento**: Se intenta mantener en el tiempo el cambio conseguido en la etapa de “Acción” y prevenir recaídas.
- **Recaída**: La persona vuelve a realizar el comportamiento que había cambiado o estaba en proceso de cambiar. Tras esto, el

sujeto vuelve a una etapa anterior; es labor del terapeuta motivar y consolar al paciente para que la regresión se dé en una etapa lo más cercana posible a la acción.

#### RELACIÓN ENTRE ESTADIOS Y FACTORES A CAMBIAR

Precontemplación	Contemplación	Preparación
Percepción del problema		Conductas satélites
Shock emocional		
	Reevaluación ambiental	
Percepción de conductas alternativas		
	Reevaluación personal	

La American Psychiatric Association (2014) menciona que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5, expone que los trastornos por consumo de sustancias se caracterizan por la presencia de síntomas fisiológicos, cognitivos y comportamentales. Una particularidad importante del trastorno por consumo de sustancias es el cambio que se genera en los circuitos cerebrales que se mantienen tras la desintoxicación y que ocurre especialmente en las personas con trastornos graves.

Cuando se habla del diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, se trata de un patrón anómalo de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias.

En el presente artículo de estudio de caso se expone la situación de un

adolescente que cumple criterios para el diagnóstico de depresión mayor y trastorno mental por consumo de sustancias (DSM-5; APA, 2013). El objetivo del trabajo, exponer la propuesta de intervención, y que tan efectivo es la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual con el propósito de mejorar el estado de ánimo de la paciente y reducir la sintomatología depresiva. Y así mismo prevenir las recaídas al consumo de sustancias psicoactivas. Se parte de la hipótesis inicial de que mediante una adecuada intervención cognitivo-conductual se conseguirá la reducción de los síntomas depresivos y la prevención a recaída al consumo de sustancias psicoactivas del paciente.

## **MATERIAL Y METODO**

### **Datos biográficos e historia del problema**

Se trata de un adolescente masculino de 17 años de edad, (al que nos referiremos a partir de ahora como Omar). Omar es producto de un segundo embarazo, nacido a las 39 semanas de gestación por parto vaginal. La madre menciona no haberlo planeado y el deseo de abortar, pero detuvo la decisión de hacerlo puesto que su pareja en ese momento manifestó que estaría con ella y no los dejaría solos. Vivió junto a mamá, papá y hermana hasta aproximadamente 6 años cumplidos. Luego de esto, papá los abandona y la hermana se fue a vivir a otra ciudad.

Con respeto a su desarrollo neuromuscular y habilidades en el lenguaje. La madre informa que Omar, logro sentarse a los 5 meses y el gateo a los 9 meses de edad. La caminata la logro

al año y medio. Manifiesta que logro su balbuceo con la frecuencia necesaria. A los daños atendía a las instrucciones e intentos de expresar sus emociones y sentimientos a través de gritos, llantos, gestos. Etc.

En el ámbito escolar, debido a la problemática de Omar este no pudo terminar su colegio. Solo curso hasta 6to grado, cosa que avergüenza a Omar y expresa su deseo de terminar sus estudios de bachillerato.

Omar acude al centro de salud mental en compañía de su madre para hospitalización voluntaria por cuadro clínico de recaída al consumo de sustancias. La madre de Omar manifiesta que desde que su padre los abandono, él se volvió un niño impulsivo y agresivo. Esto lo atribuye a la poca relación y comunicación que ha tenido con su papa. Además, este al hablar con él, le reitera que él no tiene hijos viciosos y que lo prefiere muerto.

### **Análisis y descripción de las conductas problemáticas.**

Omar es un joven de 17 años de edad, quien estudio hasta 6 grado en una institución en el corregimiento de pasacaballos, Bolívar. Donde reside con su madre. Pertenece a una familia pequeña, de padres separados, cuya figura paterna los abandona cuando Omar tenía 6 años. La difícil situación que le toco vivir dentro de la dinámica familiar lo llevo a tomar decisiones erradas como el consumo de sustancias psicoactivas, buscando olvidar su realidad. Luego de esto la relación con su madre, se vio quebrantada por las actitudes que estaba manifestando Omar influenciadas por el consumo. Consiguiente a esto se refugió en

amistades, vecinos del barrio, que lo influenciaban a mantener su consumo ya que estos también lo hacían la mayor parte del tiempo. Omar ya había estado recluido en un centro de rehabilitación en salud mental, pero cuando salió de este, continuo y mantuvo la conducta de consumir sustancias psicoactivas. Dadas las circunstancias de recaída, la madre le manifiesta su deseo de internarlo nuevamente a lo que el accede y va por voluntad propia al centro de rehabilitación.

Omar se ha sentido mal porque ha perdido la confianza que su mamá tenía hacia él y por eso tomo la decisión de recluirse nuevamente en el centro de rehabilitación. Omar inicio el consumo de sustancias por la situación familiar que estaba viviendo. A los 12 años se fumaba entre 5 y 6 cigarrillos de nicotina al día y tomaba alcohol todos los fines de semana. Todo esto influenciado por vecinos del barrio. Posteriormente a esto inicia el consumo de marihuana, y los 15 años el consumo de cocaína de forma sostenida y diaria. La madre del paciente labora como empleada del servicio doméstico, por lo cual manifiesta que lo dejaba mucho tiempo solo, salía a las 7 de la mañana y regresaba a casa a las 5 pm aproximadamente.

*Problema #1.* Alteración del estado del ánimo, depresión, tristeza, irritabilidad y ansiedad. Dadas por las experiencias vividas en su niñez, lo que ha marcado sus decisiones presentes y están marcando las decisiones del futuro.

Desde muy niño a Omar le toco vivenciar diversas circunstancias difíciles entorno a su vida familiar. Desde la

separación de sus padres y el abandono de su padre cuando tenía 6 años.

La familia es un pilar fundamental en el desarrollo del carácter, la moral, los principios y lo que de cierta forma va a determinar las decisiones del futuro. Omar paso por momentos de depresión e irritabilidad al momento de afrontar las dificultades familiares, sobre todo el abandono de su padre y el saber que este no quiere saber nada de él, por su condición de consumir activo de sustancias psicoactivas. Esto ha llevado a Omar a mantener una conducta excesiva de complacencia a los otros, suponiendo que con esta evitara que se alejen de él y sentirse nuevamente abandonado.

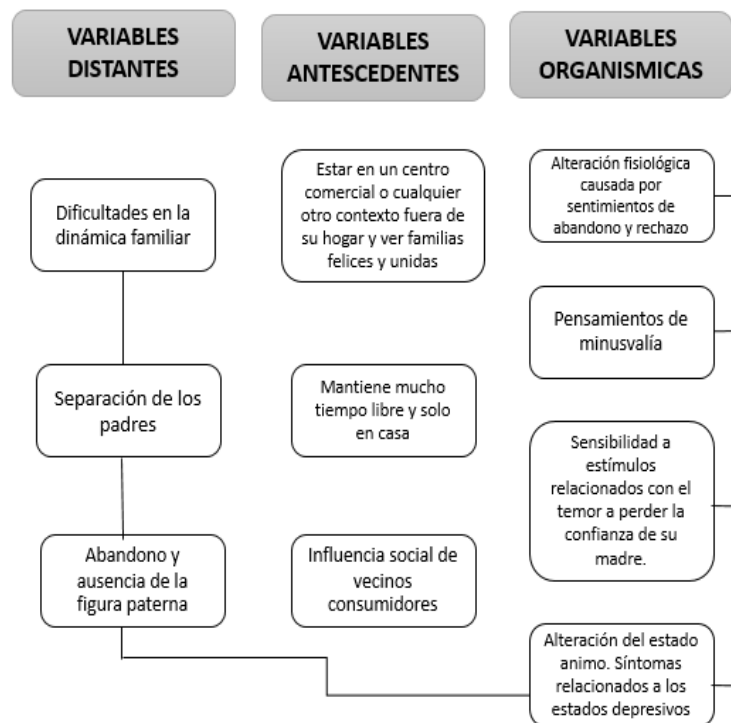
Así mismo se ha refugiado en el abuso al consumo de sustancias psicoactivas, pretendiendo con esto olvidar su realidad.

*Problema #2.* Adicción al consumo de sustancias psicoactivas desde los 12 años. Lo cual afecto notablemente su vida personal, familiar y académica.

Omar inicio a los 12 años fumando entre 5 y 6 cigarrillos de nicotina al día, tomaba alcohol todos los fines de semana. Esto influenciado por amigos vecinos del barrio. Posteriormente a esto inicia el consumo de marihuana, y los 15 años inicia consumo de cocaína de forma sostenida y diaria, menciona que decidió consumir cocaína porque ya la marihuana no le hacía efecto alguno. Su objetivo al hacerlo era olvidar un poco por lo que estaba pasando en su vida. Adicionalmente en el momento del inicio de consumo la madre de Omar laboraba como empleada del servicio en

pasacaballos y en ocasiones en Cartagena por lo tanto quedaba mucho tiempo solo.

La adicción al consumo de sustancias psicoactivas de Omar se da por la situación familiar que este vivió en su niñez. Compartió poco tiempo con su padre, puesto que este lo abandonó cuando tenía 6 años y la relación con su mamá no era tan cercana. Añadiendo también las dificultades económicas por las que pasaban como familia. Omar menciona que él se mantenía yendo a visitar a su abuela, lugar donde conoció a las amistades que lo influenciaron a adentrarse en el mundo de las drogas. Todo esto evidentemente afectó de muchas maneras la vida de Omar. Por ejemplo, no pudo terminar sus estudios de colegio y ha afectado también sus relaciones amorosas y personales. Lo que a su vez se relaciona con el pensamiento que tiene de él mismo (no puedo hacer nada, no soy inteligente, no le puedo gustar a nadie), puesto que no ha logrado “realizarse” como él deseó o imagina su vida.



En los encuentros con el paciente y conversaciones con su madre. Se logró destacar un punto importante sobre las actitudes que él tomaba cuando quería consumir y no tenía dinero para comprar droga, amenazaba a su mamá para que esta le diera dinero y no salir a la calle a robar, pero en una ocasión le pegó a su mamá porque esta se rehusó a darle dinero.

### TRATAMIENTO PROPUESTO.

Como objetivo general del tratamiento, se pretende disminuir la alteración del estado de ánimo y las conductas evitativas relacionadas a las recaídas al consumo de sustancias psicoactivas que Omar mantiene como estrategias para superar su problemática central (Dinámica familiar disfuncional - Abandono figura paterna).

Así mismo, como objetivos específicos se modificarán los

pensamientos de minusvalía, y esquemas mal adaptativos, se brindarán estrategias de regulación emocional, y estrategias enfocadas en estabilizar el estado de ánimo, reducir conductas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas y prevención a la recaída al consumo de sustancias psicoactivas.

Teniendo en cuenta los objetivos antes mencionados y los resultados obtenidos en las pruebas realizadas. El tratamiento estará apoyado en la terapia cognitivo conductual y se llevará a cabo en la siguiente manera.

*Fase 1. Evaluación inicial y recolección de datos.*

En este primer encuentro se diligencia el asentimiento informado y se realiza una entrevista abierta, enfocada en la recolección de datos relevantes y necesarias para el posible protocolo de intervención. Así mismo se aplica la prueba OMS ASSIST V.3 y la ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON.

**OMS ASSIST V.3**

SUSTANCIA	PUNTUACION	NIVEL DE RIESGO E INTERVENCIÓN
Productos derivados del tabaco	31	Nivel de riesgo alto – tratamiento intensivo
Bebidas alcohólicas	36	Nivel de riesgo alto – tratamiento intensivo
Cannabis	39	Nivel de riesgo alto –

		tratamiento intensivo
Cocaína	39	Nivel de riesgo alto – tratamiento intensivo
Estimulantes de tipo anfetamínico	0	Nivel de riesgo bajo – sin intervención
Inhalantes	0	Nivel de riesgo bajo – sin intervención
Sedantes o pastillas para dormir	0	Nivel de riesgo bajo – sin intervención
Alucinógenos	0	Nivel de riesgo bajo – sin intervención
Opiáceos	0	Nivel de riesgo bajo – sin intervención
Otros.	0	Nivel de riesgo bajo – sin intervención

**Resultados prueba OMS ASSIST. V3. Son de alto riesgo y con necesidad de tratamiento intensivo el consumo al tabaco, al alcohol, al cannabis y a la cocaína.**



### ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON.

PUNTUACION	QUE INDICA
0 -7 puntos	Ninguna depresión/mínima depresión
8 – 17 puntos	Depresión leve
18 – 25 puntos	Depresión moderada
Más de 26 puntos	Depresión severa

***En la escala de depresión de Hamilton, obtuvo una puntuación de 19 puntos, lo cual indica que O.M.M presenta depresión moderada.***

#### *Fase 2. Protocolo de intervención.*

La terapia se realizará inicialmente en 11 sesiones de 1 hora cada una, dividiéndola en dos partes. Primeramente, se iniciará intervención en pro a disminuir la alteración del estado de ánimo y las conductas evitativas (de la 1ra a la 7ma sesión). Luego, trataremos el problema de la recaída al abuso de consumo de sustancias psicoactivas (de la 8va a la 10ma sesión).

*Sesión 1 y 2.* En estas sesiones se modificarán los pensamientos de minusvalía a partir de la técnica de reestructuración cognitiva. Se inicia poniéndole al paciente el siguiente ejemplo. “imagina que hoy es tu cumpleaños y te quedas esperando todo

el día la llamada de un buen amigo. Empiezas a preguntarte ¿Por qué no me ha llamado? ¿Es que no le importo lo suficiente? ¿Te sentirás enfadado o dolido? ¿Ahora bien, de donde vienen esos sentimientos negativos? Se le explica que no es la llamada la que le causa el malestar, son sus pensamientos y la interpretación automática que da a los motivos del porque su amigo no lo llamo. Así se le va incluyendo pensamientos alternativos que no sean hirientes. Por ejemplo: qué tal si en vez de pensar mal de tu amigo, piensas que es una persona olvidadiza o está muy ocupado. Las emociones al respecto serían muy diferentes.

De esta manera se va llevando al paciente a que logre la identificación y confrontación de los pensamientos negativos e irracionales (distorsiones cognitivas) que le asaltan ante determinadas circunstancias, tales como los descritos en el ejemplo del cumpleaños. Esto lo podemos lograr invitando al paciente a realizar un registro de sus pensamientos. En donde debe colocar exactamente: la situación, el pensamiento, la emoción, la conducta y un pensamiento alternativo.

*Sesión 3.* En esta sesión se proporcionarán estrategias al paciente para que logre su regulación emocional frente a circunstancias en que normalmente presenta estallidos emocionales. Por consiguiente, usaremos las técnicas de, respiración profunda, afirmaciones positivas y semáforo rojo. Se le indicará la paciente que cada que este presentando emociones fuertes asociadas también a reacciones fisiológicas, tendrá en cuenta las técnicas antes mencionadas. Para la respiración

profunda se le indica que debe inspirar profundamente mientras contamos mentalmente hasta 5. Luego mantenemos la respiración mientras contamos mentalmente hasta 4. Soltamos el aire mientras contamos mentalmente hasta 10 y repetimos varias veces hasta que haya una sensación de mayor relajación. Luego enseñamos la técnica de afirmaciones positivas. Se orienta al paciente a detectar esos pensamientos que incrementan o generan emociones negativas. Y una vez identificados se le indica que se deben sustituir por otros pensamientos más positivos. Esto debe ponerlo en práctica cada vez que aparezca un pensamiento negativo. Y luego pasamos a enseñar la técnica del semáforo. Indicando que: luz roja. Significa que la emoción está presente e intensa en ese momento de la vida del paciente, debe contar hasta 10 despacio mientras baja la intensidad de la emoción.

luz amarilla, debe buscar soluciones a la situación que generó esa emoción. (técnica de resolución). Y por último luz verde, indica que debe actuar poniendo en práctica esas soluciones.

*Sesión 4.* En esta sesión se aplicará la técnica de entrenamiento en autoinstrucciones. Siendo esta una de las técnicas que más ayudan cuando emociones negativas llegan a la vida del paciente. Las autoinstrucciones siempre deben formularse de forma afirmativa, creíbles, cortas y con un lenguaje que el paciente use normalmente en su vida cotidiana. Antes se hará psico-educación al paciente en la identificación de sus emociones, así aprenderá a manejarlas, atenderlas, sentirlas y comprobar que le aportan o lo hacen sentir. Finalmente,

este permitirá estabilizar el estado emocional del paciente. Dentro de esta misma sesión, se intervendrá en la autoestima y el autoconcepto del paciente, ya que esta también influye en la alteración emocional. Se llevará a cabo mediante un proyecto de superación personal que deberá hacer el paciente. Explicándole que es importante para la autoestima determinar la relación que le da a sus éxitos y sus fracasos, puesto que ver lograr sus metas y satisfacer sus necesidades proporcionará emociones positivas e incrementará su autoestima. Se le indicará al paciente que constantemente debe plantearse una meta clara y concreta, luego establecerá tareas que debe lograr, las organizará en el orden en que debería realizarlas y por último ponerlas en marcha y evaluar los logros que va consiguiendo.

*Sesión 5, 6 y 7.* En estas sesiones se abordará la técnica de resolución de problemas. En la sesión número 5, se hará un listado junto con el paciente de sus principales problemas y estableceremos un vínculo entre síntomas psicológicos y problemas personales. Explicare la racionalidad y los principios de la técnica de resolución de problemas. Y como tarea para la próxima sesión, deberá haber gestionado la elección de metas que quiere alcanzar y las soluciones a esos problemas enlistados en la sesión 6. En la séptima sesión se llevará al paciente a iniciar con la puesta en práctica de las soluciones generadas por el mismo y luego se realizarán evaluaciones de las contingencias generadas con las soluciones planteadas por el paciente y la su conducta en vida cotidiana frente a estas.

Luego de cumplidas estas 7 sesiones relacionadas con la alteración del estado de ánimo. Se iniciará la octava sesión enfocada en superar las recaídas al abuso de consumo de sustancias psicoactivas.

*Sesión 8 y 9.* Estas sesiones se enfocarán en reducir las conductas que van dirigidas a la recaída del abuso de consumo de sustancias psicoactivas. Para ello usaremos la técnica de entrenamiento en habilidades sociales. Teniendo en cuenta que, para este caso, las habilidades que más se destacaron son: emocionales, solución de problemas y aproximación-evitación en las relaciones íntimas y en la consecución de objetivos vitales. Este programa de entrenamiento en habilidades sociales, lo lograremos en conjunto con las técnicas de reforzamiento, modelado y feedback o retroalimentación.

*Sesión 10.* En esta sesión, se dará el espacio para iniciar la despedida, la autoevaluación del paciente hacia las ganancias que tuvo durante todas las sesiones anteriores. Y se le dejará al paciente la tarea de hacer un registro diario de pensamiento, donde se le indicará que durante las 2 semanas siguientes deberá hacer un auto registro de pensamientos y emociones negativas y positivas, colocando fecha, situación, ¿qué pensó?, ¿qué sintió? Y ¿cómo reacciono?

*Sesión 11.* Pasadas las dos semanas en que el paciente debió registrar sus emociones y pensamientos, se le llevara a realización de una autoevaluación de lo alcanzado con el registro de pensamientos. Y se cerrara la

sesión generando estrategias de prevención al consumo de sustancias, mediante la técnica de debate socrático. Indagando sobre situaciones que lo llevan a consumir, que espacios, personas, o contextos lo llevan a consumir. Generando así contramedidas a estas conductas de consumo. Finalmente se hace el cierre de las sesiones y se cita al paciente un mes después para seguimiento.

### *Fase 3. Seguimiento.*

Pasado el mes, se procede a realizarle al paciente nuevamente la prueba OMS ASSIST V3 y la ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON post tratamiento. Luego se le aplicara el Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP). Los resultados de estos, permitirán determinar si se hace necesario intervenir nuevamente y que áreas se deben intervenir.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

De acuerdo a las técnicas cognitivo-conductuales se utilizarían se esperan los siguientes resultados.

TECNICAS	RESULTADOS OBTENIDOS/ESPERADOS
Reestructuración cognitiva	Mejores esquemas de pensamiento y afrontamiento más adaptativo a determinadas situaciones.

Respiración profunda	Control a tiempo de las reacciones fisiológicas, generadas por la emoción.
Afirmaciones positivas	Reducirá la tendencia del paciente al solo tener pensamientos negativos de su vida y su contexto familiar y social.
Técnica del semáforo	Control a tiempo de las reacciones fisiológicas, generadas por la emoción, incluyendo la cognición o dominio cognitivo de esa emoción.
Entrenamiento en auto instrucciones	Potenciara y mejorara su atención, reducirá la impulsividad. Controlará la ira y mejorara su capacidad de organización.
Resolución de problemas	Desarrollará un aprendizaje significativo, fomentará su autonomía, lo prepara para situaciones futuras.
Entrenamiento en habilidades sociales	Efecto positivo en las relaciones interpersonales del paciente. Y esta repercusión se puede observar en la

	capacidad para resolver conflictos, y en la mejora de su expresión emocional
--	--

## DISCUSIÓN

Omar fue al centro de rehabilitación acompañado por su madre, ya que este tuvo una recaída al abuso de consumo de sustancias psicoactivas. Dentro del centro de rehabilitación estuvo por 4 meses. Al ser ingresado fue diagnostico con trastorno mental y del comportamiento por consumo de sustancias y trastorno afectivo bipolar.

Por ende, en el centro de rehabilitación, Iniciaron con él un proceso de intervención y/o tratamiento con el siguiente equipo disciplinar: Psiquiatra, psicólogo, médico general, jefe de enfermería, enfermeras y terapeutas.

Por parte de psiquiatría estuvo bajo la orden medica de suministrar trazadona y lorazepam mientras estuvo en el centro de rehabilitación. En cuanto sale del centro de rehabilitación, continua con orden medica de suministrar Levomepromazina.

En conjunto con el psicólogo y los terapeutas se llevaba a cabo la psico-educación, grupal e individual. De igual forma contaba con una terapia ocupacional un día a la semana.

Dicho todo esto. se puede considerar que las terapias solo se basan en el aspecto conductual, y en disminuir la conducta con la cual llega el paciente en el momento. Teniendo en cuenta la línea de base pretratamiento, se podría equilibrar más entre la utilización de fármacos psiquiátricos y utilización de

técnicas COGNITIVO CONDUCTALES. Que, a su vez, podríamos lograr que el paciente cambie sus conductas, porque ya se intervino el aspecto cognitivo. (Pensamiento, decisiones, emociones) que finalmente es lo que impulsa al paciente a tener recaídas.

Esto también evidenciado en que el paciente Ha tenido recaídas al consumo de sustancias psicoactivas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de salud y protección social. (octubre de 2016). *ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas*.  
[https://www.bing.com/search?q=Prevenci%C3%B3n+del+consumo+de+sustancias+psicoactivas+\(SPA\)+\(minsalud.gov.co\)&cvid=f6f0508ba3d543d08620e778fe1fc2eb&aqs=edge.0.69i59.595j0j1&pglt=171&FORM=ANNTA1&PC=ASTS](https://www.bing.com/search?q=Prevenci%C3%B3n+del+consumo+de+sustancias+psicoactivas+(SPA)+(minsalud.gov.co)&cvid=f6f0508ba3d543d08620e778fe1fc2eb&aqs=edge.0.69i59.595j0j1&pglt=171&FORM=ANNTA1&PC=ASTS)
2. Ministerio de salud, dirección general de salud de las personas y dirección de salud mental. (2007). *guía de práctica clínica trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas*. Lima, Perú.
3. National institute on drug abuse. (septiembre de 2011). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (segunda edición)*  
*¿Cuáles son los factores de riesgo y cuáles son los factores de protección?. ¿Cuáles son los factores de riesgo y cuáles son los factores de protección?* | National Institute on Drug Abuse (NIDA)
4. Opencourseware. (09 de junio de 2017). *Modelo transteórico*. 5256: Tema 4. El Modelo Transteórico (unican.es)
5. PsicopediOrg. (2013). *La reestructuración cognitiva paso a paso*. La Reestructuración Cognitiva paso a paso (Y una guía en PDF) (psicopedi.org)
6. Vitae Health Innovation. (28 de mayo de 2021). *Manejo de las emociones: estrategias, técnicas y ejemplos*. MANEJO de las EMOCIONES: 7 estrategias y técnicas con ejemplos (psicologia-online.com)
7. García Campayo, J., Claraco Vega, L. M. (1999). Dialnet. *Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria | Atención Primaria (elsevier.es)*. Vol. 24, Nº. 10, 1999, págs. 594-601. *Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria | Atención Primaria (elsevier.es)*
8. Pérez Álvarez, M, y García Montes, J.M. (2001). *Psicothema. Tratamientos eficaces para la depresión*. Vol. 13, nº 3, pp.

- 493-510. Pág. 493-.PDF  
(psicothema.com)
9. Ministerio de salud, edición 2017. El Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021.
  10. Universidad de Cantabria. (09 de junio de 2017). *Tema 4. El modelo transteorico*. Opencourseware. Recuperado de. 5256: Tema 4. El Modelo Transteórico (unican.es)
  11. American Psychiatric Association (2014) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ª Edición, Editorial Médica Panamericana.
  12. Morrison, J. (2015). DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. Editorial El Manual Moderno.
  13. Menárguez, V. A., Marín, P. V. G., & Benito, J. M. G. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 45-52.
  14. Valles R., Alvilla H. (2020) Protocolo para la Evaluación y Manejo de los Trastornos por consumo de sustancias. SALME Instituto Jalisciense de Salud Mental, Gobierno del estado de Jalisco