

## CASO CLINICO

### TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UN ADOLESCENTE DE 16 AÑOS.

D. Quintana

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

#### RESUMEN

**Objetivo.** Evitar las recaídas por consumo de spa, disminuir pensamientos alternos que imposibiliten las distorsiones cognitivas y pensamientos autos discriminatorios, a partir del cumplimiento del objetivo general se pretende mejorar la dinámica familiar la comunicación asertiva, entrenar en estrategias de regulación emocional del paciente y estabilizar el estado anímico del mismo.

**Material y método.** En función del tratamiento cognitivo-conductual se realizaron una serie de entrevistas, tanto como con el paciente, como con su madre. Para la obtención de datos referente al consumo de sustancias y a la alteración del estado de ánimo se aplicaron distintas pruebas entre ellas la prueba rápida de medición de habilidad intelectual BARSIT, se aplicó la prueba OMS ASSIT V.3, y la escala de ansiedad

de ansiedad de Hamilton Para la aplicación del tratamiento se establecieron 7 sesiones con algunos indicadores clínicos que facilitarían el éxito del tratamiento.

Resultados esperados y discusión. La expectativa del tratamiento propuesto se enfoca en que el paciente logre gestionar las alteraciones del estado anímico además de desarrollar pensamientos adaptativos, disminuyendo los disfuncionales, todo esto en función de evitar futuras recaídas por Craving a consumo de SPA.

#### Palabras clave

Estudio de caso Trastorno mental y del comportamiento, consumo de sustancias psicoactivas, Terapia cognitivo-conductual.

#### ABSTRACT

Objective. Avoid relapses due to substance consumption, reduce alternative thoughts that make cognitive distortions and self-discriminatory thoughts impossible, based on the fulfillment of the general objective, it is intended to improve family dynamics, assertive communication, train in emotional regulation strategies of the patient and stabilize the state of mind of the same.

Material and method. Depending on the cognitive-behavioral treatment, a series of interviews were carried out, both with the patient and with his mother. To obtain data regarding substance use and mood changes, different tests were applied including the BARSIT rapid intellectual ability measurement test, the WHO ASSIST V.3 test, and the anxiety anxiety scale. For the application of the treatment, 7 sessions were established with some clinical indicators that would facilitate the success of the treatment.

Expected results and discussion. The expectation of the proposed treatment is focused on the patient being able to manage the mood changes in addition to developing adaptive thoughts, reducing the dysfunctional ones, all this in order to

avoid future relapses due to Craving due to substance consumption.

### **Keywords**

Case study Mental and behavioral disorder, consumption of psychoactive substances, Cognitive-behavioral therapy.

### **INTRODUCCIÓN**

La adicción a las drogas es un proceso en el cual se generan etapas de menor a mayor grado de consumo; es por tanto que se hace necesario definir los conceptos del uso y abuso. El uso se entiende como cualquier consumo de una sustancia sin el propósito de alcanzar un estado de intoxicación o que afecte la salud de la persona. Por otro lado, en el abuso se genera un patrón de consumo continuado des adaptativo, a pesar de que el individuo identifica algún problema en cualquier esfera de funcionamiento, provocado por el consumo ocasional de dicha sustancia. (Barra & Diazconti, 2013)

Según la UNODC (oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito) el consumo de sustancias psicoactivas es un problema de percepción global, el informe del 26 de

junio del año 2020 reconoce que alrededor de 269 millones de personas usaron drogas en todo el mundo durante el 2018, lo cual supone un aumento de 30% con respecto al 2009, mientras que más de 35 millones de personas sufren trastornos por el uso de drogas; la UNODC también explica que existen grupos específicos de vulnerabilidad ante el posible consumo de sustancias psicoactivas como jóvenes, mujeres y personas en situación de pobreza. El consumo de drogas en adolescentes constituye un problema de salud pública en el país, según (Nelson, Van Ryzin, & Dishion, 2015) citados por (Ramírez, Restrepo y Rincón, 2017) la población juvenil es más vulnerable respecto al consumo de drogas, dado la inmadurez y toma de decisiones acertadas frente a su plan de vida establecido; (Bukstein, 1997; Nelson et al., 2015) citados por (Ramírez, Restrepo y Rincón, 2017) exponen que entre las sustancias psicoactivas de mayor consumo por adolescentes a nivel mundial, se encuentran el alcohol, tabaco y la marihuana. Algunos estudios concuerdan en que existen múltiples factores de riesgo para el consumo de SPA ( sustancias psicoactivas) , dentro de las cuales se pueden destacar el uso de

sustancias psicoactivas por parte de algunos familiares, padres, las creencias o tolerancia de la familia frente al uso de estas sustancias, la falta de apego entre padres e hijos y la inadecuada supervisión y disciplina de los adolescentes; además existen factores asociados al uso de sustancias por pares, la orientación de los riesgos particulares que se generan en la primera infancia como conductas disruptivas, comportamiento agresivo, fracaso escolar; no se pueden dejar de lado factores sociales como características referentes al barrio, nivel socioeconómico, alta criminalidad y alta densidad poblacional. El trastorno generado por el consumo de estimulantes puede desarrollarse en todos los estratos de la sociedad, es decir, sin distinción, esto se presenta en individuos con edades comprendidas entre los 13 a 25 años. Son evidentes dos factores esenciales que promueven el consumo, entre los cuales podemos encontrar los factores temperamentales, aquí se evidencia, la esquizofrenia, el trastorno de la personalidad bipolar, el trastorno antisocial de la personalidad y otros trastornos por consumo de sustancias; ahora bien, entre los factores ambientales, se pueden presentar por consumo de

cocaína posnatal de los padres y la exposición a la violencia en el entorno durante la infancia, para los jóvenes, en especial las mujeres, los factores de riesgo se dan por vivir en un entorno familiar con mucha inestabilidad. (American Psychiatric Association, 2014). 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; 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, el consumo de drogas ilícitas está creciendo en el país no solo porque más personas las consumen sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso”; varios estudios han demostrado que el consumo de sustancias psicoactivas a temprana edad pueden asociarse directamente a enfermedades de carácter orgánico y algunas enfermedades

mentales. Según el plan integral de drogas del departamento de Bolívar del año 2019 los problemáticas más importantes del departamento en relación al consumo de drogas, son la falta de atención oportuna de los tratamientos ante el consumo, aumento de consumo de SPA en NNA ( niños, niñas y adolescentes), Falta de seguimiento monitoreo y evaluación y continuidad en las estrategias de prevención del consumo del SPA, además de la identificación de entornos múltiples condiciones de vulnerabilidad sociales, económicas y/o culturales, esto debido a la Presión de grupos, falta de educación en las familias y para las familias, falta de valores y principios, falta de estrategias de prevención del consumo para la comunidad educativa, acceso a cultura, deporte recreación, falta de red afectiva para niños o niñas que permanecen solos. Es fundamental profundizar en la temática del consumo de SPA en adolescentes, con la finalidad de propiciar reflexión frente a los abordajes tradicionales que se han tenido; de la misma forma, es importante promover un enfoque de las habilidades como una especie de propuesta de intervención, ya que el consumo de sustancias o la exposición a las mismas tiene una

relación bastante estrecha con el desarrollo de la adolescencia.

Ahora bien referente a la particularidad de este estudio de caso podemos exponer que el adolescente en cuestión presenta un trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de SPA referenciado en el CIE 10 como “un conjunto de eventos psicopatológicos iniciados con la intoxicación aguda y sus diferentes manifestaciones, y que de modo progresivo pueden concluir en la adicción o dependencia, incluyendo por tanto expresiones características para cada tipo de sustancia psicotrópica, en lo concerniente a los cuadros clínicos de la intoxicación aguda, crónica y dependencia síndrome de abstinencia e inclusive los trastornos psicóticos inducidos por tales sustancias, así como la comorbilidad médica general, familiar y social relacionadas” La fisiopatología de este trastorno expone que el consumo de sustancias psicótropas genera cambios en la neurotransmisión cerebral, también afectan el sistema límbico, así como el área tegmental ventral y diversas áreas de la corteza, esto genera síntomas y signos propios de cada sustancia, claro está según sea acción sobre los sistemas dopaminérgicos, serotoninérgico,

gabaérgico u otros; es por esto que el síndrome de abstinencia conocida (como expresión del fenómeno de intoxicación crónica) generará la repetición compulsiva del consumo, constituyendo un cuadro clínico de patología de la voluntad. 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, es claro cuando las personas continúan el consumo de la sustancia a pesar de todo lo que esto acarrea. Uno de estos síntomas evidentes se refleja en los circuitos cerebrales tras la desintoxicación, ya que los efectos sobre el comportamiento denotan cambios en las constantes recaídas y en la necesidad imperiosa de consumir cuando la persona se expone a estímulos asociados a la droga. (American Psychiatric Association, 2014). Existe un modelo llamado modelo transteórico (MT) de las etapas del cambio, este modelo se fundamenta en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención y de cambio, y que esto es lo que permite crear o

planear intervenciones y programas que responderían a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional. Este modelo indica que el cambio ya sea espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos se determinan según cinco variables o constructos teóricos las cuales son: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia.

## MATERIAL Y METODO

### Datos biográficos e historia del problema

Paciente de 16 años a quien llamaremos “Andrés” Producto de tercer embarazo, controlado, nacido a término, por parto vaginal, sin complicaciones y lactancia materna, niega antecedentes patológicos de importancia, Andrés siempre fue un joven con pocas amistades, empezó a salir de casa a los 12 años y su círculo de amistad se amplió hacia jóvenes de edades más grandes y muchos de ellos consumidores de sustancias psicoactivas , el paciente realizó estudios de básica secundaria hasta el octavo grado y abandonó sus estudios a causa del tiempo que le sostenía el consumo abusivo de

SPA, además su padre y un primo fueron consumidores activo de marihuana.

Refiere la historia clínica del paciente que es Tranquilo y obediente.

Análisis y descripción de las conductas problemas.

Andrés es un chico de 16 años de edad que desde muy temprano empezó a consumir sustancias psicoactivas, es el tercero de cuatro hermanos, tiene un hermano de cuatro años de edad por parte de su padre, también tiene un hermano y una hermana mayor, hijos de su madre, con edades respectivamente entre los 21 y 20 años, su hermano padece parálisis cerebral y retraso mental, el paciente expresa no llevar buena relación con su hermano porque es muy “temperamental”, con su hermana lleva una muy buena relación; en su residencia actual viven su abuela y algunos primos, manifiesta que discute mucho con su abuela y por eso prefiere en algunas ocasiones estar fuera de casa, desde los doce años de edad empezó a trabajar ya que según expresa “necesitaba conseguir mis cosas, por mí mismo” puesto que el paciente creía que era una carga para su madre, es allí donde de manera ocasional empieza a consumir alcohol y el pasar

mucho tiempo solo en casa y salir en compañía de pares consumidores activos facilitaron el inicio de consumo de SPA, según expresa el paciente las dinámicas comunicativas en casa no era la más propicias para un niño, puesto que siempre existían dificultades en torno a la resolución de conflictos, eso hacía que de alguna manera según expone el paciente su estado de ánimo fuese variable y decidiera salir de casa a consumir y evadir y el dolor y los problemas con las drogas. Y mantuvo la conducta de consumir sustancias psicoactivas.

Problema #1. Alteración del estado de ánimo debido a las problemáticas en las dinámicas familiares.

El consumo de drogas evidentemente es un fenómeno creciente en la actualidad, este puede afectar a las personas en distintas etapas de su vida, especialmente en la adolescencia, las sustancias psicoactivas están disponibles en muchas de las esferas sociales en las que se desenvuelven las personas, además de los momentos de socialización con los amigos, familiares podrían representar un factor de riesgo que se deben tener en cuenta en función de la comprensión de las problemáticas.

Problema #2. Presenta abuso de sustancias psicoactivas, esto le ha generado un deterioro en las diferentes áreas de funcionamiento, tanto físicas como cognitivas.

En el caso de Andrés, es evidente los pocos espacios de diálogo, las pautas inadecuadas de crianza, la inexistencia de espacios de convivencia familiar, y por supuesto el sentimiento de desplazamiento que manifiesta constantemente la incompatibilidad de edades y consumo activo de cannabis por parte de compañeros negativos en el área laboral, creó en él una referencia , además del consumo esporádico de consumo de cannabis por parte de su padre, adicionalmente el barrio en el que reside y la edad también fueron determinantes para el inicio y recaídas del consumo ,

los factores mantenedores del consumo son: poco control sobre las sensaciones corporales y emocionales a la exposición, continuidad del consumo a pesar de lo que esto reflejaba en las distintas áreas de su vida, déficit en estrategias de afrontamiento, poca tolerancia a la frustración y déficits en los procesos de comunicación , es claro que el circuito del placer fue clave en la dependencia del

consumo desde el inicio hasta las recaídas, el consumir este tipo de sustancias afecta esta área permitiendo que el sujeto tienda a consumir , ya que su memoria generará estímulos que luego se desencadenaran en el consumo, según explica (Cruz & Duran, 2016).

el paciente se encuentra viviendo en las instalaciones de la clínica de rehabilitación, cabe resaltar que no es la primera vez que está en el centro, adicionalmente se observa que se adapta con facilidad, recibe particularmente el apoyo materno, está en constantes sesiones grupales del grupo interdisciplinar de la clínica y se le ve presto a recibir indicaciones, en ocasiones se le ve algo irritado por el tiempo que se encuentra dentro de la clínica y con una gran necesidad de saber acerca de sus familiares, es colaborativo y está dispuesto generalmente a recibir las sesiones con el terapeuta.

Factores predisponentes: se pueden considerar como factores predisponentes la permisividad en el hogar, falta de normatividad y figura de autoridad, pautas de crianza inadecuadas, un vacío de afecto, inadecuada relaciones con sus

padres, el pasar tiempo solo haciendo cosas por sí mismo.

Factores precipitantes: relaciones con personas mayores consumidoras activas de spa, la edad cronológica y/ o etapa del desarrollo del paciente en el momento de consumir, la influencia del sitio donde reside el paciente, además de referencias familiares de consumidores activos como un primo y su padre y presencia de expendios de drogas cercanos.

Factores que perpetúan: déficit en las relaciones parentales sobre todo con su padre, aislamiento familiar por la creencia de inferioridad debido a la patología de su hermano, pocas habilidades de afrontamiento, control estimular y dificultades con la tolerancia al dolor y la frustración, fallas en los procesos comunicativos familiares e ideas irracionales proyectadas en su autoestima.

Factores protectores:

Psicológicos: creencias espirituales, inteligencia, deseos de cambio y superación, es consciente de su



problemática y logra buscar ayuda profesional y familiar cuando la requiere.

Ambientales: estar en proceso de hospitalización, en un ambiente controlado, distanciamiento de pares consumidores de spa.

Familiares: apoyo constante de la madre, quien siempre está observando la evolución y el proceso del paciente, dentro y fuera de la clínica, apoyo de su hermana y una creciente motivación a terminar sus estudios y convertirse en músico.

Psicoactivas por parte de Andrés podría explicarse a partir de la incidencia de factores como:

la fluctuación de la figuras de autoridad durante la infancia y la adolescencia temprana, esto probablemente generó algunos sentimientos con complicaciones afectivas, las pautas de crianza inadecuadas por parte de los cuidadores probablemente incidieron en la exploración de sustancias ilegales, posteriormente los sentimientos de

soledad, de abandono, aburrimiento e ira generados por no poseer un núcleo familiar y de apoyo estable, crearon algunas ideas irracionales como “debo valerme por mí mismo”, “me toca buscar mis cosas a mí”, dado en gran parte porque toda la atención fue volcada a su hermano que tiene dificultades en el desarrollo por su retraso y parálisis cerebral, por supuesto no hay que obviar el hecho de que su padre fue consumidor activo de marihuana y el entorno en el cual se desarrolla JN promueve el consumo temprano de este tipo de sustancias, claro está muy seguramente en la búsqueda de aceptación y reconocimiento, además de ser valorado; lo anterior podría ser confirmado a través de algunas teorías que explican el consumo de spa, las cuales exponen que el consumo de sustancias está relacionado con factores sociales, familiares, biológicos y psicológicos que generan vulnerabilidad ante la presencia de conductas de carácter antisocial.

#### TRATAMIENTO PROPUESTO.

A partir de las problemáticas presentes en JNC respecto al consumo de drogas, fue posible establecer un diseño de intervención, que básicamente busca cambiar las pautas más des adaptativas de JNC, por supuesto respecto a la actividad de consumo de spa, a través de algunas técnicas del modelo cognitivo conductual , se podría por tanto establecer algunos objetivos de plan de intervención : disminuir los niveles de craving por

consumo, establecer la gestión de las emociones negativas, a partir del fortalecimiento de estrategias propias de afrontamiento a las situaciones que causan estrés, ansiedad y frustración, por tanto, se estableció el plan de intervención de la siguiente manera: A. acompañar la adaptación fuera del centro, es decir, fuera de un sitio control, apoyo integral, desde la modalidad de hospital día brindado por la clínica, B. generar una psicoeducación a la mamá de Andrés y a sus familiares más cercanos, sobre el consumo de spa, que es el craving y algunas técnicas en manejo de ansiedad por abstinencia de consumo, como control diafragmático de la respiración, C. hacer uso de los autorregistros mediante un journaling sobre experiencias, situaciones y emociones presentes día con día fuera del centro, este autorregistro se compone adicionalmente de algunas actividades relacionadas con conocimiento emocional y sobre detección de aspectos relacionados con el mantenimiento de la abstinencia.

Como objetivo general del tratamiento, se pretende evitar las recaídas por consumo de SPA, ya que Andrés ha ingresado en más de dos ocasiones al centro de rehabilitación alegando necesidad de ayuda y la necesidad de no querer consumir más

De la misma forma, como objetivos específicos se buscaba generar herramientas efectivas para ser utilizadas en el momento del craving, mejorar la dinámica familiar a partir de la comunicación asertiva, entrenar en estrategias de regulación emocional al paciente y estabilizar su estado anímico.

A partir de los objetivos y los resultados obtenidos en las prueba

Realizadas, el tratamiento se fundamentará en algunas técnicas ofrecidas por la terapia cognitivo-conductual y se desarrollará de la siguiente manera

#### Fase 1. Evaluación inicial

En este espacio se diligencio el asentimiento informado, puesto que el paciente es menor de edad, este documento se hace necesario para recolectar información que pudiese ser importante en una posible intervención.; De la misma manera se aplica la prueba BARSIT, escala de ansiedad de Hamilton y la prueba OMS ASSIST V.3.

Test de medición rápida de habilidad intelectual (BARSIT):

Con la aplicación de esta prueba se pudo identificar que el paciente presenta una alta puntuación positiva en el razonamiento verbal, lógico y numérico, seguido del componente de información y que en concordancia las puntuaciones negativas están por debajo de los cuatro puntos, lo que implica que a nivel cognitivo resulta aportar a la construcción activa de su proceso de tratamiento.

#### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

En la escala de ansiedad de Hamilton, obtuvo una puntuación de 11 puntos, por tanto y teniendo en cuenta los fundamentos establecidos de la prueba da como resultado sintomatología de ansiedad leve.

OMS ASSIST V.3

SUSTANCIA PUNTUACIÓN NIVEL DE RIESGO NIVEL DE RIESGO

- A. < 27 alto
- B. 0- 3 bajo
- C. 4-26 moderado
- D. 0-3 bajo
- E. 4-26 moderado
- F. 4-26 moderado
- G. 4-26 moderado
- H. 0-3 bajo
- I. 4-26 moderado
- J. 4-26 moderado

A partir de los resultados obtenidos se evidencia que el paciente tiene un nivel de riesgo alto al consumo de los productos derivados del tabaco, en relación a las bebidas alcohólicas tiene un nivel de riesgo bajo, cannabis un nivel de riesgo moderado, cocaína un nivel de riesgo bajo, estimulantes de tipo anfetamínico nivel de riesgo moderado, inhalantes nivel de riesgo moderado, sedantes o pastillas para dormir un nivel de riesgo moderado, alucinógenos nivel de riesgo bajo, opiáceos nivel de riesgo moderado, igual que otro tipo de sustancias.

Fase 2. Protocolo de intervención.

Para la aplicación del tratamiento propuesto se establecieron un número determinado de sesiones con algunos indicadores clínicos que facilitarían el éxito del tratamiento, distribuidos de la siguiente manera:

Sesión 1 y 2: lograr que el paciente disminuya la probabilidad de consumir de 10 a 5, ya que, el consumo desmedido de SPA para una persona en abstinencia se da en la etapa del craving, cuando el paciente no tiene herramientas adecuadas para gestionar sus emociones y sensaciones corporales reincide en el consumo, es por esto que lograr una disminución periódica y controlada del consumo en un ambiente no controlado, sería fundamental en el inicio de la aplicación del tratamiento.

Sesión 3 y 4:

Que el paciente logre manejar situaciones de estrés causadas por ambiente familiar poco saludable, comunicación asertiva 8 de 10, a partir de la entrevista con el paciente se logró identificar que la poca comunicación asertiva en su casa generaba era un agente estresante y factor predisponente para consumo, es por lo que en estas sesiones se planea entrenar al paciente en técnicas y habilidades de resolución de conflictos, mediación y comunicación asertiva.

Sesión 5:

Que el paciente maneje su corporalidad y sepa gestionar sus pensamientos automáticos en por lo menos 8 de 10 situaciones, esta sesión busca que el paciente reconozca y se permita identificar en su cuerpo el malestar previo al posible consumo de SPA, al reconocer y tener control estimular se podrán identificar ciertas situaciones que

provocan un aumento en la ansiedad por consumo.

Sesión 6 y 7: que el paciente logre reducir los pensamientos los pensamientos intrusivos de minusvalía y desesperanza afectan de manera negativa las actividades

diarias, es, por tanto, en esta sesión se posibilitara la manera de que el paciente logre identificar esos pensamientos y trabaje de manera más adaptativa con ellos, primero reconociendo su presencia y el efecto que estos causan en sí y luego trabajando con herramientas que le permitan remplazarlos por un pensamiento funcional.

Fase 3. Seguimiento.

Luego de un mes se procede a realizar la prueba OMS ASSIST V3, además de todo el proceso de laboratorio para identificar algún tipo de sustancia en el cuerpo del paciente, seguido a esto se le aplicaría DCI-A-SF originado en el DCI-A, que las variables que evalúa, son motivación para el tratamiento, desarrollo personal, reconocimiento del problema, relaciones familiares y redes sociales

## RESULTADOS ESPERADOS

De acuerdo con las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizarían se esperan los siguientes resultados

<b>Respiración</b>
Diafragmática Lograr que el paciente entrene la posibilidad de respirar de manera adecuada y profunda para gestionar síntomas asociados a la ansiedad.
<b>Reestructuración</b>
cognitiva Busca modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas

## Prevención de recaídas

Busca que el paciente aprenda a identificar las señales que anuncian una posible recaída y se busca que aprendan a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca el consumo.

## Detención del pensamiento

Busca que el paciente tome control de aquellos pensamientos que nos dominan de forma automática y recurrente, generándonos malestar o incapacitándonos para ciertas tareas: autodestructivos, obsesivos, fóbicos

## CONCLUSIÓN

Con este tratamiento se pretende lograr que el paciente disminuya de manera considerable el consumo de sustancias psicoactivas, a partir del mantenimiento del estado de abstinencia, adicionalmente se busca que los estados de craving puedan ser sopesados por el paciente a partir de las estrategias inculcadas como funcionales para utilizar en estos casos y por último se busca que el paciente haga uso de las técnicas que le permitan gestionar su estado de ánimo y las dinámicas en familia. Andrés llegó por tercera ocasión al centro de rehabilitación acompañado de su mamá al ingreso expreso que estaba recaído y que quería dejar de consumir de manera definitiva, puesto que la primera vez que ingreso al centro fue diagnosticado con trastorno mental y del comportamiento por consumo de sustancias, en el hospital

Iniciaron con el tratamiento con un equipo interdisciplinar, entre los que se encontraban Psiquiatra, psicólogo, médico, entre otros terapeutas.

Se le suministro Lorazepam por parte de psiquiatría, las dosis cambiaban respecto al comportamiento y el avance del paciente. Desde el tratamiento con psicología se aplicaba la terapia grupal e individual con compañeros que presentaban el mismo Diagnostico y otros con diagnósticos diferentes. Es entonces, que se diría que el consumo abusivo de sustancias psicoactivas por parte de Andrés podría explicarse a partir de la incidencia de factores como la fluctuación de la figuras de autoridad, probablemente generaron algunos complicaciones afectivas, las pautas de crianza inadecuada probablemente incidieron en la exploración de sustancias ilegales, posteriormente los sentimientos de soledad, de abandono, aburrimiento e ira generados por no poseer un núcleo

Familiar y de apoyo estable, crearon algunas ideas irracionales, lo anterior podría ser confirmado a través de algunas teorías que explican el consumo de spa, las cuales exponen que el consumo de sustancias está relacionado con factores sociales, familiares, biológicos y psicológicos que generan vulnerabilidad ante la presencia de conductas de carácter antisocial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM - 5 (Quinta ed.). Madrid, España: Panamericana.
2. Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. Papeles del

psicólogo. 77 (25-32) 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. Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista facultad nacional de salud pública, 18 (2).
4. Camacho, J. M. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva.
5. Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C., & Rincón, C. J. (2018). SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES
6. COLOMBIANOS. Health & Addictions/Salud y Drogas, 18 (1).
7. Del olmo, F. (1997), medición rápida de habilidad intelectual BARSIT, editorial el manual moderno.
- Díaz. M, Mejía. S. (2017). 16578031.3450 Desarrollo de habilidades para la vida en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas: un enfoque crítico al modelo existente.
9. Erazo, L. R., & Nisenbaum, I. S. (2005). Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. UNAM.
10. Gómez, Alfonso, M. de J. y derecho, Ruiz Gómez, F., & Bo Mathiasen, R. de la O. de las N. U. control de la droga y el D. (2013). Estudio De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Colombia 2013, 9, 175.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

11. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32:50-55. 3/4 jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento psicológico*, 3(8)
12. Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry*. 1969; 3: 76 - 79. 3/4 Lobo A, Camorro L, Luque A et al.
13. Muñoz-Rivas, M. J., Gómez, J. L. G., O'Leary, K. D., & Lozano, P. G. (2007). Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema*, 102-107.
14. Observatorio de drogas en Colombia O.D.C (2021). Situación del consumo de drogas en Colombia.
15. OMS. (2010). Intervención Breve vinculada a ASSIST para el consumo nocivo y riesgoso de sustancias. OMS.
16. Recuperado de:  
[http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/plan-departamental-drogas-bolivar\\_2016\\_2019.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/plan-departamental-drogas-bolivar_2016_2019.pdf)
17. Stucky, B. D., Edelen, M. O., Vaughan, C. A., Tucker, J. S., & Butler, J. (2014). The psychometric development and initial validation of the DCI-A short form for adolescent therapeutic community treatment process. *Journal of substance abuse treatment*, 46(4), 516–521.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.12.005>
18. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica* 2002. 118(13): 493-9.
19. Varela, M. T. A., Cáceres, E. D. R., & José, C. T. R. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en