



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU EFECTO EN LA CONDUCTA DE
UN PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD EN EL CETAD "FUNDACIÓN COTEMAC" DE
LA CIUDAD DE QUEVEDO.

AUTOR:

KATHERINE JAELA IZQUIERDO ANDRADE

TUTOR:

Lcdo. FELIX AGUSTIN BRAVO FAYTONG, M.sc.

2022



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Dedicatoria

Dedico este trabajo investigativo a Dios por otorgarnos salud tanto a mi familia y a mí, situación que permitió compartir juntos este logro. Y también a mis padres Javier y Alicia porque ellos fueron el principal cimiento para la construcción de mi formación profesional inculcándome valores y deseos de superación desde mis inicios. Y además, a mis hermanos Javier y Carla porque me brindaron apoyo moral y calidez de familia en todo momento.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Agradecimiento

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Técnica de Babahoyo, a la carrera de Psicología Clínica, en especial a mi tutor Lcdo. Félix Agustín Bravo Faytong, M.sc por ser la guía en la elaboración de este trabajo, por enriquecernos de conocimiento y por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional.

Agradezco a los todos docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional en la Universidad Técnica de Babahoyo.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Resumen

El presente estudio caso pretende identificar el consumo de sustancias psicoactivas y los efectos en la conducta de un paciente de 28 años en el Cetad “Fundación Cotemac” de la ciudad de Quevedo, para el desarrollo de este trabajo se utilizaron varias técnicas como: La observación directa, la entrevista semiestructurada mediante el EuropASI, revelando situaciones extremas requeridas de intervención terapéutica algunas áreas como, legal, laboral, la historia de consumo, y las relaciones familiares y sociales. También, se hizo uso de la historia clínica y la aplicación de test psicométricos, entre ellos, el inventario de depresión de Beck, la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de estados de disposición al cambio Sócrates 8D. Con la finalidad de evaluar la condición del paciente se arrojó un nivel moderado de depresión, ansiedad leve y también se conoció que el usuario se encontraba en la etapa de contemplación acentuando ambivalencia. Proceso que permitió obtener un diagnóstico y, por consiguiente, se propuso un plan terapéutico de acuerdo a los hallazgos y soluciones planteadas bajo el enfoque cognitivo conductual que permiten que el paciente obtenga habilidades sociales que contribuyan a su buena conducta y a una mejora, en cuanto a sus relaciones interpersonales que propicien hábitos más saludables y funcionales, de acuerdo a los factores asociados al consumo.

Palabras Claves: Consumo, sustancias psicoactivas, conducta, factores asociados.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



Abstract

The present case study aims to identify the consumption of psychoactive substances and the effects on the behavior of a 28 year old patient in the Cetad "Fundación Cotemac" in the city of Quevedo, for the development of this work several techniques were used such as: Direct observation, semi-structured interview using the EuropASI, revealing extreme situations required therapeutic intervention some areas such as, legal, labor, history of consumption, and family and social relationships. Also, use was made of the clinical history and the application of psychometric tests, among them, the Beck Depression Inventory, the Hamilton Anxiety Scale and the Socrates 8D scale of disposition to change. In order to evaluate the patient's condition, a moderate level of depression, mild anxiety and it was also found that the user was in the contemplation stage, accentuating ambivalence. This process made it possible to obtain a diagnosis and, consequently, a therapeutic plan was proposed according to the findings and solutions proposed under the cognitive-behavioral approach that allow the patient to obtain social skills that contribute to good behavior and an improvement in interpersonal relationships that promote healthier and more functional habits, according to the factors associated with consumption.

Key words: Consumption, psychoactive substances, behavior, associated factors.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



ÍNDICE

Resumen	IV
Abstract	V
Introducción	1
Desarrollo	2
Justificación	2
Objetivo general	3
Sustento teórico	4
Técnicas para la recolección de información	11
Resultados obtenidos	14
Conclusiones	20
Recomendaciones	21
Bibliografía	22
Anexos	24

Introducción

Se presenta el siguiente estudio de caso bajo la línea de investigación de la carrera de Psicología Clínica correspondiente a la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, la misma que orienta a la sub línea de los procesos de cambio y conductas adictivas. Siendo esta una directriz para la realización del estudio teórico y conocer los efectos del consumo de sustancias psicoactivas en la conducta de un interno en el Cetad Fundación “Cotemac” con la finalidad de identificar la asociación de variables que contribuyen al desarrollo del consumo de sustancias y la influencia del mismo en el comportamiento.

La fundación “Cotemac” recibe una gran cantidad de pacientes bajo esta problemática que llegan en mal estado y con dificultades en todas las áreas de su vida. Esto desemboca dicho fenómeno, que acarrea un sinnúmero de alteraciones en los sujetos de tipo conductual, emocional, educacional, familiar y de interacción con el medio. La presente investigación permite también concientizar la gravedad y la repercusión del consumo de sustancias en la conducta del paciente y a su vez identificar los factores protectores y de riesgo influyentes en el mismo.

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó la investigación descriptiva con la finalidad de exponer la naturaleza del fenómeno y las variables pertenecientes al consumo de sustancias psicoactivas y su efecto en la conducta de un paciente. También se trabajó con el tipo de investigación explicativa que permitió establecer las relaciones de causa y efecto entre las variables antes mencionadas. Y para la recopilación de información se aplicaron varios instrumentos, como la entrevista semiestructurada, la historia clínica, la observación directa y varios test psicológicos como: El inventario de depresión de Beck, la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de estados de disposición al cambio (Sócrates 8D) las mismas que contribuyeron al estudio y elaboración de un plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades requeridas.

Desarrollo

Justificación

De acuerdo al lugar de prácticas en la Fundación Cotemac se pudo palpar una problemática en nuestro medio que afecta de forma significativa a la conducta de los internos en el centro, misma que se desarrolla a consecuencia de múltiples variables, relacionadas al consumo de sustancias y sus efectos en la conducta. Interfiriendo de forma significativa a distintas áreas a nivel familiar, laboral, afectiva y conductual. Por ello, se considera que el presente trabajo de investigación es de suma importancia porque se estudia el consumo de sustancias psicoactivas y su efecto en la conducta de un drogodependiente. Siendo este, el principal eje de investigación, se busca determinar cómo interfiere en la calidad de vida del paciente y en los diferentes entornos en los que se desenvuelve.

Este trabajo investigativo tiene como principal beneficiario a un hombre de 28 años de edad de la provincia de los Ríos del cantón Quevedo, al que se le brindó asistencia psicológica y permitió conocer su estado biopsicosocial en relación al consumo, así mismo, se considera parte de los beneficiarios a mi persona como practicante, porque me permite desarrollar las destrezas en investigación y diagnóstico concernientes al caso. Por consiguiente, el desarrollo de este trabajo es viable porque la Fundación Cotemac, que recibe a personas con conductas adictivas me permitió realizar las prácticas, lugar donde hubo apoyo y guía profesional dándome la apertura para tratar el caso bajo la debida supervisión. Y resultando más beneficioso, la colaboración del paciente a la hora de trabajar. Además de que existió un buen ambiente para la intervención clínica y se cuenta con instrumentos de evaluación necesarios para el tratamiento, así también, con los recursos humanos y económicos para la intervención.

Objetivo general

Identificar el efecto del consumo de sustancias psicoactivas en la conducta de un interno en el Cetad “Fundación Cotemac.

Sustento teórico

Sustancias psicoactivas

Son químicos altamente adictivos que, al ser consumidas en dosis repetidas, provocan daños a nivel cerebral y afectaciones en áreas afectivas y conductuales.

Las sustancias psicoactivas (SPA) son aquellas drogas cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que producen un trastorno en la función del juicio, el comportamiento o el ánimo de la persona. También merece esta denominación toda sustancia capaz de alterar el organismo y de ejercer acción psíquica sobre la conducta, la percepción y la conciencia. El sometimiento de la droga es el consumo excesivo, continuo y periódico de una sustancia tóxica (Lastre et al. 2013, pág.47).

De lo expuesto anteriormente, el cerebro tras ser sometido a la ingesta de altos niveles de sustancias, gradualmente van disminuyendo su funcionamiento normal en cuanto a las funciones cognitivas encargadas de la organización de la conducta y respuesta a distintos estímulos externos que impiden que el sujeto estructure de forma adecuada sus pensamientos y se desarrolle como un ente productivo.

Para un mejor manejo de esta información (Moreira y López, 2016) señalan que el consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno relacionado con el desarrollo, que aumenta casi linealmente desde el comienzo hasta el final de la adolescencia. Ese inicio tan temprano en la adquisición de conductas de consumo repercutiría de manera considerable en la vida de los adolescentes y tendría múltiples consecuencias en su vida adulta. La adolescencia va acompañada de un aumento del estrés vital, ya que implica hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones que coinciden con los cambios biológicos y físicos de la pubertad y con fluctuaciones en el funcionamiento emocional, cognitivo y social.

Consumo de sustancias

El consumo es especialmente perjudicial a edades tempranas en las que el organismo (en especial el cerebro) se está desarrollando y madurando, con un riesgo importante para la salud física y psíquica. La carga de enfermedad, sufrimiento y mortalidad que afecta no solo al que las consume, sino también a los que le rodean, es evidente, aunque las personas a veces no son conscientes de las consecuencias (Vásquez et al. 2014).

En consecuencia, se pueden presentar diferentes anomalías a nivel neurológico en el desarrollo natural y adquisición de destrezas en edades tempranas asociadas al consumo, añadiendo que, los familiares más cercanos al adicto pasan a convertirse en coadictos debido al alto nivel de dependencia hacia el consumidor, el que asocia directamente su bienestar o malestar al de él.

Dentro de los tipos de sustancias tenemos la clasificación que Ossa et al. (2017) añade a continuación:

Sustancias psicoactivas lícitas

- alcohol, es la droga legal de más alto consumo y que cuenta con un mayor número de adictos, debido a que las bebidas que lo contienen gozan de gran aceptación social y su consumo se encuentra muy arraigado en nuestra cultura;
- cigarrillo, el cigarro es uno de los productos más extendidos y populares del mundo a la hora de consumir tabaco. El tabaco es una planta seca de la familia de las Solanáceas (*Nicotiana Tabacum*) originaria de América. (págs. 22-34)

Tranquilizantes y estimulantes (benzodiacepinas): Las benzodiacepinas son medicamentos con un alto nivel de dependencia si no se controla su uso. “Se trata de un grupo de fármacos que comparte sus efectos farmacológicos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes, miorelajantes así como de inducir amnesia anterógrada” (Domínguez et al. 2016,pág.14).

Para la clasificación de este tipo de sustancias Ossa et al. (2017) describe lo siguiente:

Sustancias psicoactivas ilícitas

- marihuana, la marihuana también conocida como (mota, hierba, pasto, porro, cacho, peta) es una mezcla de color verde, café o gris de hojas trituradas, tallos, semillas y flores secas del cáñamo la planta *Cannabis sativa*;
- anfetaminas, las anfetaminas son drogas sintéticas, adictivas y neurotóxicas, que son sustancias derivadas de la beta-fenil-isopropilamina y se presentan en forma de cápsulas o pastillas con diferente forma, color y olor;
- cocaína, la cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas. éxtasis, etc); y
- heroína ,la heroína es una droga ilegal altamente adictiva. No sólo es el opiáceo de más abuso, sino que también es el de acción más rápida. (págs. 22-34)

Efectos del consumo de sustancias

A nivel cognitivo

Esta área es una de las perjudicadas a causa del consumo lo que implica un mal desarrollo en las funciones cognitivas.

Dentro de los aspectos del consumo de sustancias Coullaut et al. (2012) consideran que el consumo de drogas genera deterioro neuropsicológico a través de diversos mecanismos de acción. En primer lugar, pueden generar alteraciones morfológicas en la estructura del cerebro como por ejemplo, pérdida de volumen cerebral, reducciones del porcentaje de materia gris, decrementos del tamaño de las neuronas y muerte neuronal o atrofia cerebral. Del mismo modo pueden ejercer sus efectos nocivos a través de la reorganización metabólica de los circuitos de conectividad sináptica que se produce como consecuencia de los procesos de tolerancia, abstinencia y deshabitación provocando adaptaciones bioquímicas en los sistemas de proyección de la dopamina, serotonina y la noradrenalina.

Dentro de este orden de ideas, se estima que el consumo de sustancias psicoactivas puede ocasionar lesiones a nivel estructural y neuronal en el cerebro y por consiguiente las habilidades y resultado del funcionamiento, por cuanto, los receptores de información de tipo eferente no cumplen su oficio de forma normal, por ejemplo, la segregación excesiva de ciertos neurotransmisores que fueron producto del consumo.

A nivel conductual

En cuanto al nivel conductual

Ovejero, (2000) citado en Mendoza y Vargas, (2017) expresan que cuando un sujeto inicia una etapa de fuerte dependencia a cualquier droga como puede ser el tabaco, el alcohol, la heroína, u otra, se hace científicamente poco útil, además, tienen una expresión visible en distintos modos de violencia que puede vincularse con el crimen organizado, con actividades delictivas asociadas con la adquisición ilegal de drogas. La conducta humana no es algo ni meramente físico, ni únicamente psíquico, ni exclusivamente social, sino definitivamente psicosocial. De allí, se parte para ofrecer explicaciones en términos psicosociales, y es así que cuando un individuo empieza a consumir, lo hace, en algunos casos, porque persigue una meta psicosocial. (pág.144)

El consumo de sustancias se relaciona con la instauración temprana de la conducta delictiva y su reincidencia en el comportamiento antisocial produciendo efectos como la agresividad y la desinhibición, que estimulan el comportamiento violento y favorecen situaciones negativas. Bringas et al. (2012) citado por Mendoza y Vargas, (2017).

A nivel social

Debido a la distorsión de las funciones ejecutivas que son las encargadas de permitir que el individuo regule y organice su comportamiento para una aceptable adaptación al medio y resolución de conflictos de forma sensata. Se puede interpretar que el desenvolvimiento en el medio social de una persona que consume sustancias psicoactivas se verá afectado. “Debido a lo que, se incluyen efectos sociales derivados del consumo, como la pérdida del trabajo, el daño en las relaciones interpersonales, y la desintegración familiar” Cáceres, (2006) citado en Mendoza y Vargas, (2017) pág. 147.

Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo que no depende solamente de la persona que consume, es un proceso donde intervienen la familia, la sociedad y el entorno, y debe ser afrontado desde un enfoque integral. Para la comprensión de este fenómeno es necesario identificar y articular tres escenarios: la familia, la comunidad y la escuela, cuyas interacciones determinan la exposición al riesgo de consumo de sustancias psicoactivas (Álvarez et al. 2020, pág. 213).

Esto significa que, al referirse al consumo de sustancias estamos hablando de un evento multicausal en el cual se encuentran involucrados varios factores que forman parte del desarrollo de una persona, de tal manera que estos elementos pueden resultar siendo fuentes de refuerzo hacia el consumo, o a su vez factores que disminuyan sus efectos.

Entre los factores de riesgo en las investigaciones realizadas por Castillo, (2017) citado por Orcasita et al. (2018) menciona a la influencia familiar y la permisividad en cuanto a reglas en el hogar. Así mismo, las familias monoparentales en las que la responsabilidad de toma de decisiones recae en una sola figura. También, las relaciones de pares y la baja resistencia a la presión grupal, bajo rendimiento académico, maltrato en el hogar, abandono de padres y antecedentes de consumo en familiares cercanos. (pág. 36)

De acuerdo a los factores de protección, de destaca principalmente el papel de los padres realizando un monitoreo parental, en los grupos focales se constató que los modelos parentales que fomentaban el apego y vínculo familiar, a diferenciación de roles al interior

de la familia que permitan normas y pautas de conducta claras y estables, el apoyo mutuo entre los miembros de la familia y en la medida que se vean fortalecidos estos factores, será posible disminuir los efectos negativos de los factores de riesgo y con ello disminuir las conductas de riesgo y el consumo de sustancias (Duffy, 2014, pág. 44)

La conducta

En correspondencia a la variable dependiente se establece el siguiente concepto de conducta.

La conducta es referida a una realidad ontológica: “alma”, “esencia”, en-sí” o “in-sistencia”. Es decir que la conducta es relativa a una persona, y revela una personalidad que es el centro óptico de la conducta. En suma, se sostiene un sustancialismo. Ese centro óptico es fuente de motivación de la conducta con sus tendencias y apetencias, orientadas conforme a valores (Piñeda, 2019, págs. 93-94).

Al igual que, es importante conocer también, la conducta del consumidor “El comportamiento del consumidor es la conducta que los consumidores exhiben al buscar, comprar, utilizar, evaluar y desechar productos y servicios que ellos esperan que satisfagan sus necesidades” (Gómez y Sequeira, 2015, pág. 1)

Girón, (2004) conducta es todo lo que el hombre hace o dice, la característica esencial de la conducta es la respuesta al medio dada por un organismo viviente. Y llamamos medio a todo lo que está a nuestro alrededor. Existe también otro medio que llevamos dentro de nosotros. Es el medio interno, donde se originan las motivaciones primarias de la conducta: hambre, sed, sueño, necesidad de oxígeno. La conducta, además, está regulada por el medio social, de donde surgen las exigencias de los familiares, los amigos, los vecinos y configuran las motivaciones sociales de la conducta.

Conducta de un consumidor de sustancias

Hernández et al. (2014) propone que el consumo de drogas predispone a la delincuencia por diferentes vías: a) estilos de vida que transgreden la normatividad social, b) robo para financiar el consumo de drogas y c) reducción de inhibiciones y capacidad de juicio que se asocian con conductas violentas. Por ello, es necesario considerar las condiciones que favorecen tanto las adicciones como la delincuencia.

Por lo anteriormente expuesto, una persona que consume sustancias psicoactivas tiene más probabilidades de forjar una conducta que se dedique a delinquir, ya sea a través del microtráfico, de la posesión de armas o en su defecto a la sustracción de objetos. Y al mismo tiempo, se pueden desarrollar conductas de tipo violento debido a la ingobernabilidad que se da en consecuencia del fenómeno expuesto.

Algo similar ocurre con el estado emocional de un consumidor y las conductas que las mismas pueden provocar. “En cuanto a las dificultades de regulación emocional, las dificultades en el control de impulsos, la falta de aceptación emocional, la interferencia en conductas dirigidas a metas, la falta de claridad emocional y el acceso limitado a estrategias de regulación emocional” (Momeñe et al. 2021, pág. 122).

Castro, (2019) agrega que las sustancias psicoactivas al ser inducidas en el organismo de las personas poseen las siguientes características:

- alteran de manera temporal o permanente la conducta, pensamiento;
- percepción de la realidad y el estado de ánimo del individuo llevándolo a un mundo muy apartado de la realidad;
- el efecto que las drogas provocan ocasiona que las personas hagan uso de ellas de manera repetitiva;
- alteran la función del cerebro por el abuso de estas sustancias afectando su estructura;
- generan dependencia, ocasionando graves problemas de salud tantos; físicos como psicológicos, familiares y sociales; y
- no tienen aplicación médica, pero si lo tienen solo pueden ser utilizadas; con fines terapéuticos. (pág. 19)

Castro, (2019) señala los tipos de trastornos de conducta a causas del consumo de sustancias psicoactivas.

Delirium

El delirium puede aparecer tanto por intoxicación como por abstinencia a la sustancia. Provoca una alteración de la conciencia y de la percepción, así como cambios en las funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje, etc.). Estas afectaciones habitualmente se presentan en un corto periodo de tiempo (horas o días). Clásicamente, el delirium está producido por el consumo de alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Demencia

Esta se manifiesta a través de un claro deterioro cognoscitivo, es decir, la persona ve afectada su memoria, el lenguaje, la actividad motora, la ejecución de diversas tareas, etc. Mostrará dificultades en aprender nueva información o en recordar la aprendida, tendrá fallos en el reconocimiento de objetos o a la hora de planificar u organizar. Las sustancias que la producen son el alcohol, los inhalantes, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos.

Trastornos psicóticos

Pueden iniciarse durante la intoxicación o durante la abstinencia. Cuando se expresa, la persona sufrirá alucinaciones o ideas delirantes, aparecerá un patrón de comportamiento catatónico y un uso desorganizado del lenguaje desorganizado. Los síntomas aparecen durante o en el mes siguiente de la intoxicación o abstinencia. Las sustancias que inducen la aparición de este trastorno son el alcohol, los alucinógenos, las anfetaminas, el cannabis, la cocaína, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos.

Trastornos de ánimo

Se evidencian durante la intoxicación o bien durante la abstinencia. Durante su expresión pueden aparecer síntomas depresivos o estado de ánimo elevado, eufórico o irritable. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo y un deterioro considerable en las áreas importantes de la actividad de la persona. Las sustancias asociadas a los trastornos de ánimo son el alcohol, los alucinógenos, las anfetaminas, la cocaína, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos.

Trastornos de ansiedad

Este grupo de trastornos se diferenciarán según predomine la ansiedad, la angustia, las obsesiones y compulsiones, o las fobias. Los síntomas serán los característicos del trastorno concreto (palpitaciones, temblores, miedo, preocupación excesiva, pensamientos recurrentes, irritabilidad, etc. (pág. 19)

Por todo lo mencionado a través del autor, se considera que el consumo de sustancias no solo termina en la dependencia, sino que, lleva consigo la presencia de posibles trastornos de la conducta que afectan áreas como, el estado de conciencia, las funciones cognitivas, la percepción, los estados de ánimo y la visión con el futuro.

Técnicas para la recolección de información

Para la realización de este trabajo de investigación se utilizaron varias técnicas de recolección de información que se consideraron pertinentes, una de ellas es la entrevista semiestructurada, misma que tiene como instrumento la historia clínica y el cuestionario Índice Europeo de la gravedad de la adicción (EuropASI), también se recurrió a la utilización de la observación directa y, por último, se hizo uso de test psicológicos como: El inventario de depresión de Beck, la escalada de ansiedad de Hamilton y la escala de estados de disposición al cambio Sócrates 8D.

Observación directa

Es una de las primeras técnicas que se utilizan en consulta, debido al gran alcance de recopilación de información por medio de la observación de gestos y conductas a través de la comunicación tanto verbal y no verbal en la inspección clínica. De modo similar, ocurre con el discurso del paciente en esta sección donde es posible identificar los signos y síntomas más preponderantes. En el presente caso esta técnica permitió observar e identificar las respuestas de los estímulos externos en el paciente y de cierta forma, relacionar las percepciones subjetivas y lo que se menciona en consulta con la finalidad de recopilar información relevante.

Entrevista semiestructurada

Se trata de un formato de entrevista clínica semiestructurada compuesta de varias preguntas tipo abierta y cerrada con la finalidad de recopilar información necesaria para un posible diagnóstico. En la entrevista se utilizó el cuestionario EuropASI, el mismo que está conformado por la recepción de datos personales, y 141 ítems distribuido en diferentes áreas como, situación médica, laboral, historia de consumo, situación legal, historia familiar, relaciones familiares, sociales y estado psiquiátrico. Para la realización de este cuestionario se empleó 1 hora, empezando por dar ciertos acuerdos de confidencialidad y forma de aplicación. El paciente mostró entrega e interés en el trabajo realizado porque permite reflejar un trabajo completo. Este cuestionario posibilita evaluar la gravedad de la adicción y ubicar al paciente en un contexto biopsicosocial a través de las escalas de gravedad, y al mismo tiempo, permite un diagnóstico comprensivo y favorece la planificación de la intervención terapéutica. (Anexo A)

Historia clínica

Esta técnica posibilita ubicar al paciente en un campo multidimensional debido a que, permite al profesional obtener información de distintas áreas de su vida, en primeras instancias incluyen los datos personales más importantes y luego referencias de distintos aspectos como: laboral, social, familiar, escolar, biológica, médica, afectiva y legal. Además, se incorporan datos que involucran la vida pasada del usuario con la finalidad de recabar información acerca de lo que pudo haber sido un factor predisponente para el desarrollo del consumo de sustancias. Por lo tanto, el uso de esta técnica apoya al profesional hacia la orientación de un diagnóstico, la elaboración de un esquema terapéutico y un plan de intervención de acuerdo a las necesidades del paciente. (Anexo B)

Test psicológicos

En la práctica clínica el uso de los test de este tipo, ayudan a identificar ciertas características de índole psicológico como, por ejemplo, emociones, habilidades, cogniciones o a su vez manifestaciones propias de una posible patología. En otras palabras, la implementación de test psicológicos como método de evaluación clínica permite corroborar información o dar indicios sobre una problemática que se está desarrollando.

Inventario de depresión de Beck

Es un cuestionario que tiene como utilidad evaluar la gravedad de la depresión y está conformado por 21 ítems bajo la dirección de varios campos que constituyen el estado de ánimo y lo que se piensa acerca de una situación, este test psicológico debe ser contestado en función a los sentimientos y pensamientos causados desde hace las últimas dos semanas incluido el día de elaboración. La aplicación de este test ayudó a detectar el estado de depresión actual del paciente. (Anexo C)

Escala de ansiedad de Hamilton

Es una herramienta de evaluación clínica que posibilita identificar la frecuencia y nivel de ansiedad que padece el paciente, consta de 14 ítems mediante una escala del 0 al 4, en el que se incluyen categorías de orden psíquico y somático para una mejor comprensión y orientación hacia un diagnóstico. En este caso contribuyó a determinar el tipo de ansiedad que el paciente mantuvo en el inicio del caso. (Anexo D)

Escala de estados de disposición al cambio Sócrates 8D

Es un formulario que está estructurado por 19 preguntas, con respuesta en una escala del 1 al 5. La finalidad de este cuestionario es que el paciente se ubique a través del test en una etapa del cambio de acuerdo al modelo transteórico de Prochaska y Diclemente correspondiente a los siguientes estados de cambio: Precontemplación, contemplación, preparación, acción, manteamiento y recaída y de esa forma intervenir de acuerdo al sitio de ubicación del usuario. Esta aplicación permitió ubicar al paciente en un estado de contemplación que incluye la ambivalencia. (Anexo E)

Resultados obtenidos

Desarrollo del caso

Paciente de sexo masculino de 28 años de edad procedente de Quevedo, provincia de Los Ríos correspondiente a las siguientes iniciales W.P.G.V. El cual es asistente de forma voluntaria, su ocupación laboral es oficial en construcción, de estado civil soltero que proviene de un hogar disfuncional y vive solo desde hace 7 años, posee estudios de nivel básico, tiene una hermana de 18 años de edad, mantiene una relación un tanto estrecha pero conflictiva con su madre, por lo contrario, mantiene una buena relación de apego con su abuela y no mantiene contacto con su padre. Su historia escolar y laboral no ha sido tan satisfactoria debido a sus conductas desadaptativas. Por otro lado, mantiene antecedentes legales y posee una orientación de sí mismo y de los demás en tiempo y espacio. Para el desarrollo de este proceso terapéutico se llevaron a cabo 6 sesiones las mismas que se manejaron en un tiempo de 40 minutos como mínimo cada una. Se describen a continuación:

Primera sesión

Se llevó a cabo el día 10 de enero de 2022 a las 10.00 am, con una duración de 40 minutos. Se inicia la sesión con la respectiva presentación y tomando los datos necesarios del paciente. Consiguiente a eso, se habló acerca de las expectativas que él tiene y que lo motivó a venir. De esta forma se añade que, el paciente acude a consulta de forma voluntaria por consumo de sustancias, manifestando que “Mi vida se ha vuelto un caos, nadie me habla de mi familia, estoy harto de drogarme, harto de vivir así, ya no quiero esta vida”. Por otro lado, refiere también que “Casi siempre agredía a mis tíos que se querían meter, le robé a mucha gente, hice cosas muy malas como dedicarme a la prostitución, vendía droga y así, hacía lo que fuera para conseguir dinero” Durante el desarrollo de la sesión se fue poniendo en práctica el rapport con la finalidad de generar un ambiente de confianza para que el intercambio de información fluya. Para dar continuación con el motivo de consulta, se procedió a utilizar la técnica de observación directa donde se pudo identificar los signos y síntomas que puede contribuir a la situación problema. En esta parte se aborda la dificultad que le genera malestar al paciente de forma general. Posterior a esto, se realizó la explicación del modelo conductual de forma básica para que el usuario comprenda, para aquello fue importante enfatizar en que a medida que el programa valla avanzando pueden presentarse ciertas irregularidades a nivel emocional, cognitivo y de ánimo como es el caso de las patologías duales en situaciones de consumo, más sin embargo que el paciente sepa a lo que puede enfrentarse es importante.

Segunda sesión

Se llevó a cabo el día 17 de enero de 2022 a las 10.00 am con una duración de 40 minutos, para este día se hizo uso de la entrevista semiestructurada a través de la ejecución del cuestionario EuropASI índice Europeo de la gravedad de la adicción y se inició con la debida explicación de su funcionalidad y metodología al ser un formato que ubica al paciente en un estado multidimensional requiere un entendimiento claro de cómo responder, siendo así, se dio inicio con el área médica, luego laboral, historia de consumo, situación legal, relaciones de familia/amigos y psiquiátrica. La utilización de esta técnica permite al profesional recopilar información muy amplia acerca del usuario lo que apoya a la orientación y elaboración de un plan terapéutico para luego registrarla como constancia y estructurar el esquema en la historia clínica.

Tercera sesión

Se dio inicio el día 24 de enero de 2022 a las 10.00 am con una duración de 40 minutos, Esta sesión la inició el paciente diciendo “Últimamente me he sentido mal, pienso mucho en todo el daño que he causado a mi abuela y mamá y eso me tiene triste pero al mismo tiempo no estoy tan seguro de que esto me valla a servir porque ya tengo 4 tratamiento con este” además, refirió que “Pienso mucho en mi abuelita y mi mamá ellas tienen diabetes avanzada estaban muy enfermas, también me da miedo que a quienes he intentado hacerles daño le hagan algo a ellas y no puedo dormir, tengo miedo de lo peor” para lo cual se continuó con la fase de evaluación clínica tomando aún más en consideración lo dicho, se procedió aplicar la escala de estados de disposición al cambio: Sócrates 8D porque según lo que menciona, por un lado quiere seguir en el tratamiento por su bienestar y remediar daños pero a la vez mantiene idea con tendencias ambivalentes. De igual forma, se socializó el cuestionario y la forma de aplicación. Para luego aplicar dos test psicológicos en base a las situaciones observadas y a un diagnóstico presuntivo, para ello se aplicó el Inventario de depresión de Beck y la escala de ansiedad de Hamilton de acuerdo a las sintomatologías mencionadas.

Cuarta sesión

Dio inicio el día 02 de febrero de 2022 a las 10.00 am con una duración de 50 minutos, para esta sesión ya se conoce el cuadro actual del paciente de acuerdo a las técnicas aplicadas sin embargo, se decidió iniciar con la devolución del test de depresión para que la problemática no valla en aumento, de esta forma se le explicó el origen de las emociones, en

este caso fue a causa de la culpa que el sentía por haberle causado daño a su mamá y abuela, saber que hay emociones buenas y malas y es normal experimentarlas, luego de que se evaluó el pensamiento, también se hizo uso de la técnica como los pensamientos crean sentimientos, con la idea de que los actos delictivos o de mal comportamiento que haya tenido cuando estaba en actividad están en el pasado y no puede hacer nada para cambiarlos, y que ahora es responsable de su recuperación y restablecimiento de conductas, siendo este un pensamiento alternativo para el paciente. Para finalizar se realizó la devolución de la escala de ansiedad de Hamilton, por cuanto el resultado no apuntaba a un caso grave, más sin embargo se trabajó los dos ítems correspondientes a ansiedad psíquica como lo fueron, insomnio y estado de ánimo ansioso. En esta parte se utilizó la técnica auto-monitoreo e identificación de pensamientos ansiosos con la finalidad de identificar bajo qué nivel de realidad se presenta esa cognición acerca de la enfermedad de sus familiares. Y finalmente se encomendó una tarea que fue registrar aquellos pensamientos negativos que causaran malestar hasta la próxima sesión.

Quinta sesión

Se llevó a cabo el día 08 de febrero de 2022 a las 10.00 am, con una duración de 40 minutos para este día se realizó la devolución de la escala de estados de disposición al cambio: Sócrates 8D, donde se muestra una inclinación hacia la prevalencia de la decisión, en la cual el paciente cree tener motivos para dejar de consumir pero al mismo tiempo duda de ellos, para esto, se aplicó la técnica de análisis de costos y beneficios poniendo en una balanza las ventajas y desventajas inmediatas a largo plazo que significa seguir teniendo una vida dependiente de la droga y con relaciones y conductas disfuncionales y por otro lado salir de la zona de confort y probar un nuevo estilo de vida como un ser más funcional para su desarrollo. Al mismo tiempo, al encontrarse en una etapa de contemplación a pesar de ser voluntario, es importante poner énfasis en las motivaciones intrínsecas más que en las extrínsecas con la finalidad de ayudar al paciente a avanzar a la siguiente etapa según el modelo transteórico del cambio. También, se analizaron los problemas de conductas encontrados a nivel social y familiar con la finalidad de restablecerlas para una mejor adaptación social.

Sexta sesión

Se dio inicio el día 16 de febrero de 2022 a las 10.00 am con una duración de 40 minutos, se empezó haciendo una revisión del estado de ánimo en ese día para favorecer el clima, y a continuación la revisión de la tarea encomendada para la casa, así, se trabajó en aquellos pensamientos automáticos, uno de ellos era “No tengo nada bueno que aportar en esta vida” donde fue pertinente aplicar la técnica de “Examinando evidencias” la modalidad de trabajo es exponer la idea negativa “No tengo nada bueno que aportar en esta vida” y evaluar las evidencias a favor de ese pensamiento y luego las evidencias en contra y que desvaloricen esa misma idea, de esa forma se obtendrá dos escenarios de aquella situación y mostrar los efectos de ese pensamiento en la vida del paciente, indicarle de que forma le hace daño e identificar una nueva alternativa como podría ser, si continúo en el tratamiento podré cambiar malos hábitos de mi vida y llegar a ser un adulto más funcional.

Situaciones detectadas

De acuerdo al proceso dado se pudo identificar como el consumo de sustancias ha generado pensamientos de desesperanza y conductas delictivas en el paciente, así mismo, problemas a distintos niveles que se detallan más adelante.

Resultado de test aplicados

Para el desarrollo de este caso clínico se realizaron los siguientes test psicológicos en el cual se describen los siguientes resultados.

- EuropASI índice europeo de la gravedad de la adicción
 Área médica, 3 problema leve, no es necesario tratamiento.
 Área laboral, 8 problema extremo, necesita ayuda profesional
 Área de consumo de drogas y alcohol, 9 problema extremo, necesita ayuda profesional.
 Área legal, 9 problema extremo, necesita ayuda profesional.
 Área familiar/social, 9 problema extremo, necesita ayuda profesional
 Área psiquiátrica 6, problema considerable, si desea puede optar por ayuda.
- Sócrates 8D Escala de disposición al cambio en el cual se puede categorizar al paciente en la segunda etapa de cambio que señala una etapa de contemplación.
- Inventario de depresión de Beck arrojó un resultado de 30 puntos ubicando al paciente en una depresión moderada.

- Escala de ansiedad de Hamilton se obtuvo una puntuación de 9 la cual hace referencia a una ansiedad leve.

Área cognitiva

Se identifican pensamientos automáticos desencadenantes de las actividades relacionadas al consumo de sustancias, donde menciona “No tengo nada bueno que aportar en esta vida” también se reconoce desmotivación en su proceso de tratamiento por que menciona que ya tiene 4 clínicas visitadas en calidad de interno.

Área conductual

El paciente mantiene conductas delictivas y violentas, no comparte con su familia y amigos debido a que le gusta estar solo y por lo general solo mantiene amistades de consumo, además de que presenta conflictos con sus amigos y familiares debido a sus conductas por temas de compra de droga. Paciente manifiesta aislamiento y conflictos.

Área somática

El paciente presenta problemas del sueño, recurrentes dolores de cabeza debido al consumo excesivo de drogas y a su vez la pérdida de apetito. Manifiesta insomnio y cefalea.

Área afectiva

El paciente presenta sentimientos de culpa debido al daño que causó todo este tiempo de consumo y también desánimo debido a que mantiene desinterés por ciertas actividades, donde se identifica abulia y culpa.

De acuerdo al desarrollo del caso y a los resultados obtenidos se establece el siguiente diagnóstico: (F19.4) CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas.

Soluciones planteadas

De acuerdo a las herramientas utilizadas para el desarrollo de este estudio, entre ellas, la observación directa, historia clínica, entrevista semiestructurada y la aplicación de test psicológicos se ha establecido un esquema terapéutico bajo el enfoque cognitivo conductual, ha sido desarrollado de acuerdo a las necesidades del paciente con la finalidad de un cambio de hábitos más saludables para la reinserción a la sociedad. A continuación, se presenta el plan terapéutico con la utilización de ciertas técnicas propuestas por (Leahy, 2018).

Tabla 1

Esquema terapéutico propuesto mediante en enfoque cognitivo conductual.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo Pensamientos Automáticos	Identificar y modificar pensamientos negativos por ideas más adaptativas que beneficien al paciente.	Examinando evidencias Análisis de costos y beneficios	2	08/02/2022	Se logró que el paciente trabaje e incorpore gradualmente pensamientos alternativos con hechos reales no subjetivos. Además, se trabajó pensamientos ambivalentes.
Afectivo Culpa y abulia	Identificar como los pensamientos influyen en los sentimientos	-Técnica de dominio y agrado. -Explicar como los pensamientos crean sentimientos. -Calendario de Actividades.	2	16/02/2022	-Se logró la comprensión del origen de la emoción. -Se incorporó pensamientos alternativos y asignación de actividades.
Conducta social y/o Escolar Aislamiento y conflicto	Organización y planificación de actividades para fomentar su inclusión al medio.	Entrenamiento de integración y habilidades sociales.	1	20/02/2022	Se logró la incorporación gradual en su círculo social y mejor manejo de relaciones interpersonales.
Somático Insomnio, cefalea, náuseas y disminución de apetito.					

Nota: A continuación, se presenta el plan terapéutico a trabajar bajo el enfoque cognitivo conductual.

Conclusiones

A través de las técnicas aplicadas se pudo recopilar importante información para el conocimiento del estado actual del paciente y factores asociados al consumo, por tanto, se identificaron efectos en la conducta del paciente relacionadas al delito, como: venta de objetos robados, abuso a la propiedad privada y en el microtráfico. También, se detectaron comportamientos antisociales que conllevan a conductas violentas a través del maltrato hacia algunos familiares, así mismo, la violación de reglas y normas sociales son situaciones propias de un desajuste conductual al igual que los problemas interpersonales y aislamiento familiar debido a la situación de alerta y autosuficiencia como características principales de esta enfermedad. Algo similar ocurre, con el estado emocional y la falta de control de impulsos que mantienen estrecha relación con las conductas agresivas como respuesta ante reacciones externas, de tal forma que, el consumidor en muchas ocasiones no conoce otra forma de solucionar problemas que no sea recurriendo a insultos o golpes. Situación que atiende al objetivo planteado inicialmente.

Por ello se hace necesario, reconocer que la conducta se encuentra determinada en gran parte por el medio que rodea a la persona, hablando de contextos sociales, familiares y de amigos. Razón por la que se considera importante prestarle la debida atención a los factores que pueden contribuir al consumo de sustancias y reforzar aquellos que disminuyen ese riesgo. Como es el caso del paciente estudiado, que, al tener poca vigilancia de la persona encargada, no existían reglas y normas como tal, frecuentaba más con amigos de consumo, en consecuencia, no se desarrollaron responsabilidades y mucho menos se brindó afecto por parte de su familia, lo cual, de acuerdo a los teóricos Álvarez, Carmona y Pérez, estas situaciones contribuyen significativamente al consumo de sustancias psicoactivas.

Por todo lo mencionado y en acuerdo a la teoría propuesta por el autor Girón, se establece que, un sujeto que está asociado al consumo de sustancias es más propenso a practicar conductas delictivas de todo tipo, incluyendo el recurrir a la prostitución como es el caso, con la finalidad de obtener dinero para el consumo, es decir, el sujeto consume para vivir y vive para consumir, puesto que muchos de quienes se encuentran en este mundo no son conscientes del peligro y lo expuestos que están a ser víctimas mortales a causa de esta enfermedad, que durante toda su vida mientras estaban en actividad se forjaron conductas desadaptativas que afectaron a las relaciones interpersonales de familia, amigos y a su desarrollo integral.

Recomendaciones

Se sugiere que el paciente continúe recibiendo tratamiento libre de alcohol y drogas residencial junto a las soluciones que se presentaron en su esquema terapéutico para fin de cumplir con la funcionalidad de cada técnica de acuerdo a las sesiones planteadas.

Se aconseja que el paciente reciba terapia ocupacional, debido a que necesita practicar el desarrollo y motivación de habilidades para la reinserción productiva en la sociedad y al mismo tiempo sea consciente de asumir responsabilidades que apoyen a una vida funcional.

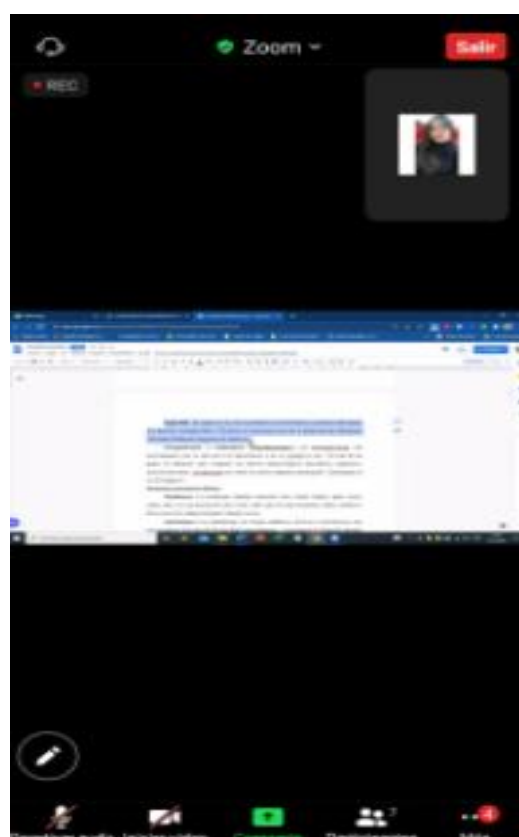
Bibliografía

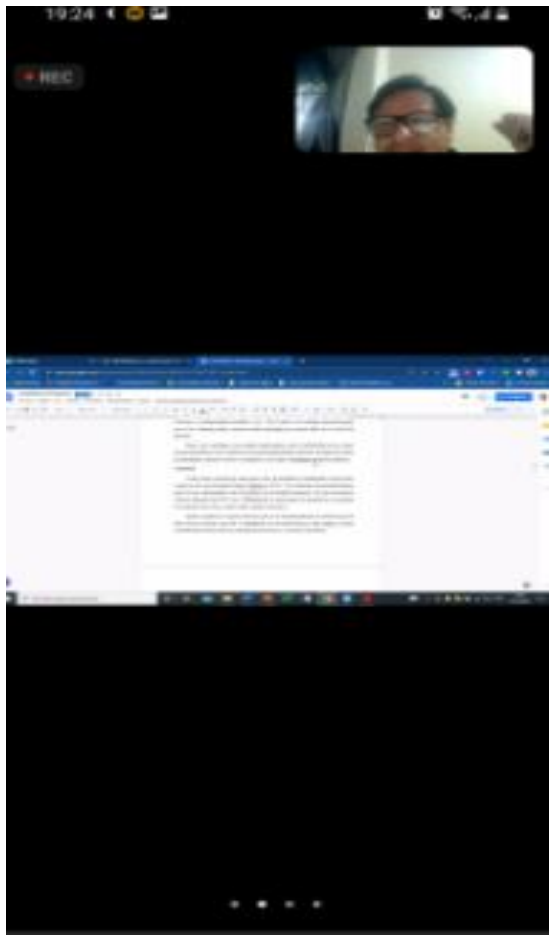
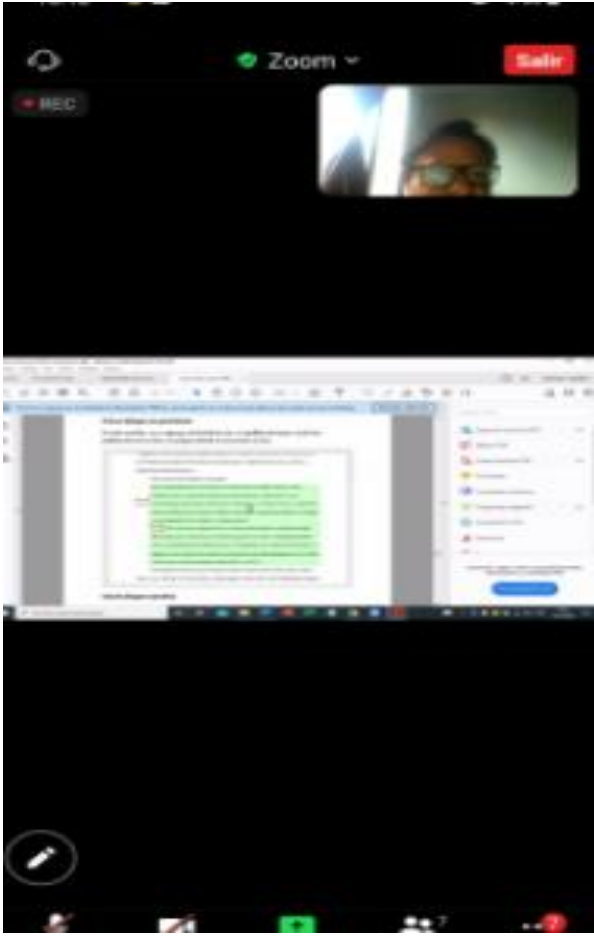
- Gómez García, M. S., & Sequeira Narváez, M. (11 de Abril de 2015). Sub-tema: Tendencias de consumo y factores determinantes del comportamiento del consumidor. Managua, Nicaragua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/3924/1/3084.pdf>
- Álvarez López, Á. M., Carmona Valencia, N. J., Pérez Rendón, Á. L., & Jaramillo Roa, A. (2020). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de Pereira, Colombia. *Universidad y Salud*, 22(3).
- Castro, P. A. (Marzo de 2019). Sustancias psicoactivas y los trastornos de conducta en adolescentes. Manabí, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/1661/1/unesum-ecuador-enfermeria-2019-58.pdf>
- Coullaut Valera, R., Diaz del Río, I., Valera, J., Ruiloba, R., & Bretón, R. (2012). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Esp Psiquiatría*. Madrid. Obtenido de https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema6/documentos/c14d_1.pdf
- Domínguez, V., Collares, M., & Tamosiunas, G. (2016). Uso racional de benzodicepinas: hacia una mejor prescripción. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 1(3).
- Duffy, D. (2014). factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *salud & sociedad*, 5(1).
- Girón, R. A. (2004). La conducta . *Gaceta Médica de Caracas*, 112(3), 224-226.
- Hernández Cera, M. I., Mayrén Arévalo, P. J., Ruíz Martínez, A. O., & Vargas Santillán , M. (Enero de 2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. 20. Lima, Perú. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100010&lng=es&tlng=en.
- Lastre Amell, G., Gaviria García , G., & Arrieta Reales , N. (2013). Conocimiento sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enfermería. *Ciencia e Innovación en Salud*, 47. doi:2344-8636
- Leahy, R. L. (2018). *Técnicas De Terapia Cognitiva De Robert*. Akadia.

- Mendoza Carmona, Y. L., & Vargas Peña, K. (2017). factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas . *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 147.
- Mendoza Carmona, Y. L., & Vargas Peña, K. (Marzo de 2017). factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias PSICOACTIVAS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 147.
- Mendoza Carmona, Y., & Vargas Peña, K. (2017). factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 144-147.
- Momeñe Janire, E. A., Pérez García, A. M., Jiménez, J., Chávez-Vera, M., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Canales de Psicología*, 37(1). doi:<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.37.1.404671>
- Moreira Narváez, N., & López, C. (1 de Diciembre de 2016). sustancias psicoactivas rendimiento escolar. Guayaquil, Ecuador.
- Orcasita, L. T., Lara, V., Suárez, A., & Palma, D. M. (2018). Factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Psicología desde el Caribe*, 35(1).
- Ossa Guiral, A., Barrera Cala , M., & Jimenez Velez , D. (23 de Noviembre de 2017). Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.
- Piñeda, M. A. (2019). El concepto de conducta y la psicología neoescolástica argentina: 1930 y 1960. *Revista Perspectivas en Psicología*, 2(1).
- Vásquez Fernández , M. E., Muñoz Moreno, M. F., Fierro Urturi , A., Alfaro González , M., Rodríguez Carbajo, M. L., & Rodríguez Molinero, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgos relacionadas. *Pediatría de Atención Primaria*, 126.

Anexos

Tutorías





ANEXO A. Índice Europeo de gravedad de la adicción (EuropASI)

Índice Europeo de Gravedad de la Adicción

Questionario EuropASI

Instrucciones

- Cumplimentar totalmente.
Cuando sea preciso utilizar: X = pregunta no contestada; N = pregunta no aplicable
 Use un sólo carácter por ítem.
- Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberían ser reformuladas para el seguimiento.
- Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales.

A. N° de identificación

1 0 0 4 9 3 7 0 4 4

***E. Hora de inicio**

1 0 0 6
hora minutos

B. Tipo de tratamiento

- 1. Desintoxicación ambulatoria
- 2. Desintoxicación hospitalaria
- 3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio
- 4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio
- 5. Tratamiento libre de drogas hospitalario
- 6. Centro de día
- 7. Hospital psiquiátrico
- 8. Otro hospital/servicio
- 9. Otro: _____
- 0. Sin tratamiento

***F. Hora de fin**

hora minutos

G. Tipo

1 1. Ingreso; 2. Seguimiento

H. Código de contacto

1. Personal; 2. Telefónico

I. Sexo

1 1. Varón; 2. Mujer

C. Fecha de admisión

0 4 0 2 2 2
día mes año

J. Código del entrevistador

D. Fecha de la entrevista

día mes año

K. Especial

- 1. Paciente finalizó la entrevista
- 2. Paciente rehusó
- 3. Paciente incapaz de responder

*Items opcionales

Cuestionario

Sumario de la autoevaluación del paciente

0. Ninguna 3. Considerable
1. Leve 4. Extrema
2. Moderado

Resultados de los tests adicionales

Alcohol

Drogas

Legal

Laboral

Perfil de gravedad

Problemas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Médico				X						
Empleo/deportes								X		
Alcohol									X	
Drogas										X
Legal										X
Familia/social										X
Psicológico								X		

ANEXO B. Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. #

Fecha: 17/02/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombres: W.P.G.V.

Edad: 28

Lugar y fecha de nacimiento: Quevedo

Género: Masculino

Estado civil: Soltero

Religión: católico

Instrucción: Básica

Ocupación: Oficial en construcción

Dirección:

Teléfono:

Remitente:

2. MOTIVO DE CONSULTA:

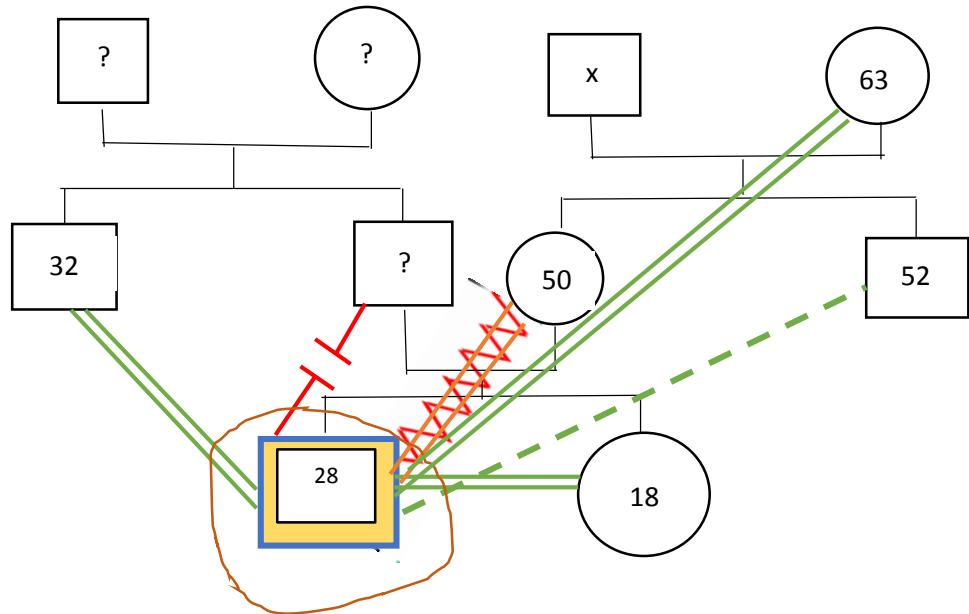
Paciente de 28 años acude a consulta por ingreso voluntario tras presentar una problemática de consumo de sustancias y alcohol, menciona que esta situación ha ido aumentando considerablemente hasta causar una desestabilidad en todas las áreas de su vida jamás presentada. Además, el paciente refiere que ver una fotografía de un conocido de su localidad recibiendo tratamiento y el notorio cambio físico del mismo lo motivó a dar ese paso y solicitar ayuda profesional.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL:

El paciente menciona que vivió con su abuela hasta los 17 años debido a que su padre los abandonó y su madre decidió endosarle esa responsabilidad a su abuela, donde había carencia de control y reglas, refiere que mantiene una relación distante con sus demás familiares e indica que inició su consumo de alcohol y sustancias a los 12 años para lo cual se escapaba con sus compañeros en sentido de "recreación". De esa forma la problemática fue en aumento, vivía solo, no estudiaba, no tenía un trabajo estable, llevándolo a dedicarse a la prostitución y al microtráfico por un tiempo para luego el robo a propiedades privadas y el microtráfico se convirtieron en su fuente principal de ingresos con el pasar del tiempo el mismo que le generaba una gran suma de dinero. El paciente indica que "Todo lo que me hacía en dinero me lo consumía y solo parte de ello era para ayuda de mi abuela y algo para yo comer, pero muy poco". Asegura que desde los 16 años empezó a probar todo tipo de drogas que sus amigos le ofrecían como heroína, anfetaminas, sedantes, cannabis, alucinógenos e inhalantes mismas que eran administradas por distintas vías como: oral, nasal y visual. Sin embargo, la sintomatología empeoró desde hace 6 meses debido a que producto del abuso de sustancias su cuerpo empezó a rechazar el consumo de la misma generándole vómitos e insomnio, sumándole la pésima alimentación que mantenía, el deterioro físico y la cantidad excesiva de dinero que gastaba diariamente en drogas.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



b. Tipo de familia.

Familia unipersonal

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Tío consumidor de drogas y alcohol.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

BAÑO	DORMITORIO
COCINA	SALA

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

La madre tuvo un proceso de gestación sin complicaciones, fue un parto natural, recibió lactancia hasta los 15 meses, inicio del desarrollo de las habilidades del lenguaje a los 9 meses, adquisición de la marcha independiente a los 13 meses, control de esfínteres a los 3 años, desarrollo de autonomía a los 4 años, el paciente no refiere ninguna enfermedad.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

El paciente considera que la adaptabilidad y relación con sus pares fue insatisfactoria debido a las múltiples diferencias, por otra parte, con sus maestros mantuvo ciertos conflictos por cuestiones académicas, no tuvo cambios de institución y la adquisición de conocimiento no fue tan eficaz debido al desinterés por los estudios.

6.3. HISTORIA LABORAL

Inició a trabajar a los 17 años como oficial de construcción, era ocupado para encargos de sus amigos y poco a poco fue adquiriendo más conocimiento en el arte de la construcción, sin embargo, su estadía en las labores era inestable pasando la mayor parte de su tiempo desempleado durante los últimos 3 años, luego decidió dedicarse a la prostitución, microtráfico y delitos contra la propiedad hasta la actualidad.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Relaciones sociales insatisfactorias, desobediencia en las normas, conflictos interpersonales producto de sus conductas desadaptativas y problemas para el afrontamiento y resolución de conflictos.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

Normalmente estaba con sus amigos con problemas actuales de alcohol y drogas, pasaba solo en su departamento porque no tenía interés en realizar alguna actividad o compartir con su familia, paciente también manifiesta que dedicaba la mayor parte de su tiempo en realizar conductas delictivas (robo). Paciente refiere “Todos los días salía a caminar por las calles para sondear donde puedo entrar o cómo hacerlo”.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

El paciente presenta sentimientos de culpa y abulia por cuanto se le dificulta iniciar con interés ciertas actividades. Inició su vida sexual a los 16 años.

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

Solía pasar en su departamento la mayor parte del tiempo, consumo problemático de drogas y alcohol.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Presenta una inadecuada ingesta de alimentos desde hace 6 meses, refiere que solo se alimentaba una o dos veces al día. También se indica alteraciones para conciliar el sueño, indica que duerme de 3 a 4 horas diarias la mayor parte del tiempo en el día, no en horarios nocturnos.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Paciente manifiesta que ha estado internado en dos ocasiones por problemas médicos, una operación de su rodilla y una fractura de brazo, además padece de cefaleas durante los últimos 6 meses producto del consumo de drogas.

6.10. HISTORIA LEGAL

El paciente manifiesta los siguientes antecedentes penales, condena por robo a una propiedad privada donde cumplió una pena 4 meses y atraco a negocio comercial “cerrajería” llevándole a estar 6 meses privado de libertad.

6.11. PROYECTO DE VIDA

El paciente no presenta ningún interés en su crecimiento personal y no tiene claro su proyecto de vida.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

Paciente de sexo masculino 24 años, vestimenta de acuerdo a su edad de contextura delgada manifiesta poco aseo y limpieza, congruencia en su lenguaje verbal y no verbal, de biotipo ectomorfo, etnia mestiza.

7.2. ORIENTACIÓN

Orientación de sí mismo y de los demás en tiempo y espacio.

7.3. ATENCIÓN

Manifiesta hipoprosexia.

7.4. MEMORIA

Memoria coordinada a largo plazo.

7.5. INTELIGENCIA

Inteligencia aparentemente normal.

7.6. PENSAMIENTO

La velocidad, curso y contenido del pensamiento no presenta alteración.

7.7. LENGUAJE

Lenguaje expresivo y entendible.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Hipocinesia corporal.

7.9. SENSO PERCEPCION

Presenta baja sensopercepción.

7.10. AFECTIVIDAD

Sentimientos de culpa y abulia.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Manifiesta delirium en situaciones de sobredosis.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

El paciente reconoce su problemática.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Presencia de ideación suicida desde la adolescencia hasta la actualidad.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- ✓ Cuestionario EuropASI Índice Europeo de Gravedad de la Adicción.
- ✓ Sócrates 8D Escala de disposición al cambio.
- ✓ Inventario de depresión de Beck.
- ✓ Escala de ansiedad de Hamilton.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Pensamientos automáticos y delirium por sobredosis.	(F19.3) CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas.
Afectivo:	Culpa y abulia.	
Conducta social - escolar	Aislamiento y conflicto	
Somática	Insomnio, cefalea y disminución de apetito.	

9.1. Factores predisponentes:

- Abandono de los padres
- Ausencia de supervisión en el hogar

9.2. Evento precipitante:

Sobredosis de drogas

9.3. Tiempo de evolución:

6 meses

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

(F19.2) CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas.

11. PRONÓSTICO

Reservado, debido a la gravedad de la problemática se abstiene toda respuesta.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda tratamiento libre de drogas residencial

Se recomienda terapia ocupacional

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo Pensamientos Automáticos	Identificar y modificar pensamientos negativos por ideas más adaptativas que beneficien al paciente.	Examinando evidencias Análisis de costos y beneficios	2	08/02/2022	Se logró que el paciente trabaje e incorpore gradualmente pensamientos alternativos con hechos reales no subjetivos. Además, se trabajó pensamientos ambivalentes.
Afectivo Culpa y abulia	Identificar como los pensamientos influyen en los sentimientos	-Técnica de dominio y agrado. -Explicar como los pensamientos crean sentimientos. -Calendario de Actividades.	2	16/02/2022	-Se logró la comprensión del origen de la emoción. -Se incorporó pensamientos alternativos y asignación de actividades.
Conducta social y/o Escolar Aislamiento y conflicto	Organización y planificación de actividades para fomentar su inclusión al medio.	Entrenamiento de integración y habilidades sociales.	1	20/02/2022	Se logró la incorporación gradual en su círculo social y mejor manejo de relaciones interpersonales.
Somático Insomnio, cefalea, náuseas.					

ANEXO C. Inventario de depresión de Beck

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

hecho.

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

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

Puntaje Total: 30

ANEXO D. Escala de ansiedad de Hamilton

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	①	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	②	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	①	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	②	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	③	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	①	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	①	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	②	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	①	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	①	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	①	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	①	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	①	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	①	2	3	4

Ansiedad psíquica	11
Ansiedad somática	3
PUNTUACIÓN TOTAL	14

ANEXO E. Escala de estados de disposición al cambio Sócrates 8D

QUESTIONNAIRE SOBRE SU USO PERSONAL DE DROGAS (SOCRATES 8D)

_____	Study
_____	ID
_____	Point
_____	Date
_____	Rald
SOCRATES 8D 7/2/97 7 pages	

INSTRUCCIONES: Por favor lea las siguientes declaraciones cuidadosamente. Cada una describe una manera en que usted quizás (o quizás no) se sienta *de su de drogas*. Para cada una, ponga un círculo alrededor de un número del 1 al 5, para indicar cuanto usted está o no está de acuerdo con esa declaración *ahora mismo*. Por favor ponga un círculo alrededor de un número y solamente un número para cada declaración.

	NOI No estoy Muy de acuerdo	No Estoy de acuerdo	¿ Indeciso(a) o Inseguro(a)	SI estoy de Acuerdd	SII Estoy muy de acuerdo
1. Verdaderamente quiero hacer cambios en mi uso de drogas.	1	2	3	④	5
2. A veces me pregunto si soy un(a) drogadicto(a).	1	2	③	4	5
3. Si no cambio mi uso de drogas pronto, mis problemas van a empeorar.	1	2	3	④	5
4. Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi uso de drogas.	1	2	3	④	5
5. Estuve usando drogas demasiado anteriormente, pero he podido cambiar eso.	1	2	3	④	5
6. A veces me pregunto si mi use de drogas está lastimando a otra gente.	1	2	3	④	5
7. Tengo un problema con drogas.	1	2	3	④	5
8. No solamente estoy pensando de cambiar mi uso de drogas, ya estoy haciendo algo.	1	2	3	④	5
9. Ya he cambiado mi uso de drogas, y estoy buscando maneras para evitar de volver a mi patrón viejo.	1	2	3	④	5
10. Tengo problemas serios con drogas.	1	2	3	④	5
11. A veces me pregunto si estoy en control de mi uso de drogas.	1	2	③	4	5

	NOI No estoy Muy de acuerdo	No Estoy de acuerdo	¿ Indeciso(a) o Inseguro(a)	SI estoy de Acuerdd	SI Estoy muy de acuerdo
12. Mi uso de drogas esta causando mucho daño.	1	2	3	4	5
13. Estoy activamente haciendo cosas ahora para reducir o parar mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
14. Quiero ayuda para evitar de volver a los problemas que tenía antes.	1	2	3	4	5
15. Sé que tengo un problema con drogas.	1	2	3	4	5
16. Hay veces cuando me pregunto si uso drogas demasiado.	1	2	3	4	5
17. Soy un drogadicto(a).	1	2	3	4	5
18. Estoy trabajando duro para cambiar mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
19. Ya he hecho algunos cambios en mi uso de drogas, y quiero ayuda para evitar de volver al modo que usaba antes.	1	2	3	4	5