



**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**  
**PSICÓLOGA CLÍNICA**

**PROBLEMA:**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN EL CONSUMO DE COCAÍNA**  
**EN UN JOVEN DE 22 AÑOS DE EDAD RESIDENTE EN CETAD "PAZ" DEL**  
**CANTÓN EL EMPALME.**

**AUTOR:**

**MURILLO CABRERA JULISSA ROXANA**

**TUTOR:**

**PSIC. DENNIS MAURICIO JIMÉNEZ BONILLA, MSC**

**2022**





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



**DEDICATORIA**

Este estudio de caso va dedicado a mi madre, por ser mi mayor apoyo a lo largo de toda mi vida, sin sus consejos, paciencia y sobretodo su amor incondicional no hubiese podido llegar a este punto en mi formación académica. A través de su lucha y esfuerzo constante me ha motivado a ser una mejor persona, a despojarme de mis miedos y creer en mis habilidades y potencial. Te amo mucho y aplaudo tu valentía y buen corazón. Debes de saber que eres mi gran ejemplo a seguir y que este no será el último de los logros que te dedique, pues vendrán muchos más que con el favor de Dios lograremos juntas.

Julissa Murillo Cabrera.



### **AGRADECIMIENTO**

Quisiera expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que han sido parte de mi formación académica y personal. En primer lugar, a Dios por darme el valor de continuar a pesar de las dificultades que se han presentado en el camino. A mi madre Clara Cabrera, por todo el esfuerzo que ha realizado para que yo pueda cumplir cada una de las metas que me he propuesto. A mi padre Roberto Murillo y a mi segundo padre Bosco Cedeño por confiar y creer en mis habilidades, y brindarme su apoyo constante. Y a mis hermanas, que me alegran y me impulsan a ser mejor día a día.

Asimismo, le agradezco a mi tía Mercedes Cabrera y a mi prima Clarissa Murillo, por su cariño y palabras de aliento. A mami Olinda que con su sabiduría y amor me ha guiado y ayudado a tomar las mejores decisiones, además por acogerme y hacerme parte de su hermosa familia, del mismo modo quiero agradecer a sus hijas Maritza y Martha Suárez, quienes han sido mi ejemplo, gracias por la paciencia que han tenido para conmigo.

Gracias, los quiere y aprecia; Julissa Murillo Cabrera.



## **RESUMEN**

En este estudio de caso de índole cualitativo se pretende desenmarañar las realidades y problemáticas que se manifiestan en una familia disfuncional las mismas que, predisponen al desarrollo de conductas negativas en los integrantes de la familia, como es el caso del paciente y el consumo de sustancias psicoactivas. El objetivo es determinar la incidencia de la disfunción familiar en el consumo de cocaína de un joven de 22 años de edad residente en CETAD “PAZ” del cantón El Empalme.

De ahí que, para llegar al diagnóstico del paciente se utilizaron diferentes técnicas de recolección de información como la entrevista semiestructurada, historia clínica, la observación clínica y sumado a ello los test psicométricos: OMS-ASSIST V3.0, Test de Mayo y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Asimismo, se planteó un esquema terapéutico direccionado a trabajar con la sintomatología presentada por el paciente, el cual se sustenta en la Terapia Cognitiva Conductual. Obteniendo resultados satisfactorios en la intervención realizada, puesto que, se logró la reducción de la sintomatología negativa en el paciente. De acuerdo al estudio realizado se llegó a la conclusión que la disfuncionalidad familiar si incide en el desarrollo de una conducta adictiva, sin embargo, existen otros elementos que también contribuyen en esta y otras conductas de riesgo.

***Palabras clave:*** disfunción familiar, adicciones, joven adulto.



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



**ABSTRACT**

This qualitative case study aims to unravel the realities and problems that manifest in a dysfunctional family, which predispose to the development of negative behaviors in family members, as in the case of the patient and the consumption of psychoactive substances. The objective is to determine the incidence of family dysfunction in the cocaine consumption of a 22-year-old young man resident of CETAD "PAZ" in the canton of El Empalme.

Hence, to reach the patient's diagnosis, different information collection techniques were used, such as the semi-structured interview, clinical history, and clinical observation and added to this the psychometric tests: OMS-ASSIST V3.0, Mayo Test and the Beck-II Depression Inventory (BDI-II). Likewise, a therapeutic scheme was proposed aimed at working with the symptomatology presented by the patient, which is based on Cognitive Behavioral Therapy. Obtaining satisfactory results in the intervention performed, since the reduction of negative symptoms in the patient was achieved. According to the study, it was concluded that family dysfunction does affect the development of addictive behavior; however, there are other elements that also contribute to this and other risk behaviors.

*Key words:* family dysfunction, addictions, young adult.



## ÍNDICE GENERAL

PORTADA .....	I
DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT .....	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
INTRODUCCIÓN .....	1
DESARROLLO .....	2
Justificación.....	2
Objetivo.....	2
Sustentos Teóricos.....	3
Técnicas aplicadas para la recolección de la información .....	11
Resultados obtenidos.....	13
Situaciones detectadas.....	15
Soluciones planteadas .....	17
CONCLUSIONES .....	20

## INTRODUCCIÓN

En el presente estudio de caso se aborda el tema de la disfunción familiar y su incidencia en el consumo de cocaína en un joven de 22 años de edad residente en CETAD “PAZ” del cantón El Empalme basándose en la línea de investigación de la carrera de Psicología Clínica referente a la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, la cual se complementa con la sub-línea de investigación relacionada con los procesos de cambio y conductas adictivas.

La disfunción familiar comprende un sinnúmero de problemáticas como la violencia, la carencia afectiva, entre otros. Los cuales repercuten en los más jóvenes del núcleo familiar pudiendo desencadenar en ellos conductas de riesgo como la adicción. Es por ello que este tema es de gran importancia, pues el consumo de sustancias ha incrementado en los últimos años. Por lo cual es necesario indagar a profundidad de manera que se pueda determinar la incidencia de la disfunción familiar en el desarrollo de una conducta adictiva en el sujeto de estudio, es decir, en un joven de 22 años de edad residente en CETAD “PAZ” del cantón El Empalme.

Debido a ello se realizará una investigación exhaustiva acerca de la temática y todo lo que se encuentra inmerso en ella. Cabe mencionar, que este tema ha sido poco estudiado y, debido a ello se pretende ampliar la información existente a través de las teorías y perspectivas de diferentes autores y no solo eso, sino también brindar el criterio de la autora de estudio de caso. Pues la finalidad del mismo es contribuir a futuras investigaciones y por supuesto a aquellos padres, hijos que se encuentren en una situación similar.

Para llevar a cabo el presente estudio de caso de origen cualitativo, se usarán diferentes técnicas de recolección de información como la historia clínica, y la observación clínica a través de las cuales se obtendrán los datos personales, el motivo de consulta y la sintomatología del paciente, de igual manera se utilizarán test psicométricos que complementen y permitan llegar a un correcto diagnóstico.

No obstante, no será una mera evaluación psicológica, si bien es cierto este es el punto de partida, se continuará con el planteamiento y posterior aplicación de un plan o esquema terapéutico basado en la sintomatología y diagnóstico del paciente. De manera que el paciente pueda mejorar su calidad de vida.

## **DESARROLLO**

### **Justificación**

El presente estudio de caso está orientado a estudiar la disfunción familiar y su incidencia en el consumo de cocaína en un joven de 22 años de edad residente en CETAD “PAZ” del cantón El Empalme. Debido, a que en la actualidad el consumo de sustancias psicotrópicas como la cocaína ha incrementado considerablemente en nuestra sociedad viéndose reflejado en aquellos jóvenes que a muy temprana edad están residiendo en centros de rehabilitación, los cuales en su mayoría provienen de un hogar con un sinnúmero de problemáticas, es decir, hogares disfuncionales. Siendo este el caso del sujeto a estudiar, quien ha carecido de herramientas que le permitan enfrentar las vicisitudes de la vida.

De ahí que, a través de este estudio de caso se pretende responder a la siguiente interrogante ¿Cuál es la incidencia de la disfunción familiar en el consumo de sustancias en un joven de 22 años de edad?; Por otro lado, la importancia del mismo radica en el abordaje que se le brindará al paciente con el cual se busca mejorar su sintomatología.

Es por ello, que el paciente es el principal beneficiario de este estudio de caso, pues recibirá atención y tratamiento psicológico. Asimismo, la familia y allegados serán beneficiarios, puesto que se han visto afectados de manera directa e indirecta por el consumo del paciente y las conductas que se generaron a partir de ello. Por último, la sociedad en especial los profesionales en la psicología, puesto que, este estudio les servirá como referencia para sus investigaciones sobre la misma temática u otras similares.

Por otra parte, este estudio de caso es viable puesto que, el paciente está dispuesto a contribuir durante el proceso de intervención psicológica. Del mismo modo, es factible ya que, se cuenta con el consentimiento informado del paciente y los recursos pertinentes como: historia clínica, baterías psicométricas, técnicas psicológicas indispensables para el diagnóstico y tratamiento del mismo. Además, de la colaboración del equipo de profesionales de la institución CETAD “PAZ”, fundamentales para una atención integral.

### **Objetivo**

Determinar la disfunción familiar y su incidencia en el consumo de cocaína en un joven de 22 años de edad residente en CETAD “PAZ” del cantón El Empalme.



## Sustentos teóricos

### 1. *Disfunción familiar*

#### 1.1. La familia

De acuerdo a Martínez et al. (2020) la familia es inicialmente el organismo encargado de instruir a los hombres y mujeres que forman parte de ella; siendo considerada como el cimiento para la creación de los pueblos. Asimismo, esta tiene como objeto principal dirigir a sus miembros para que estos puedan afrontar en cualquier momento de sus vidas de manera correcta los retos que se le presenten en la sociedad en la que se encuentra inmerso. No obstante, no todo el peso recae en la familia sino también es importante conocer que cada individuo tiene sus propias características que lo hacen diferente al resto evidenciando que son diversos los componentes que interactúan a favor y en contra del crecimiento de la misma.

Con respecto a lo anterior, Herrera y Espinoza (2020) describieron que dentro de la familia se manifiestan las primeras interacciones sociales en el individuo, dando paso a la constante transferencia de conocimientos entre quienes la conforman. Es decir, es la encargada de enseñar y capacitar cognitiva, emocional y conductualmente al antes mencionado, de ahí que, contribuye a la formación de la personalidad, al concepto que elabore sobre la realidad que lo rodea, al respeto que manifieste hacia las individualidades de los demás, entre otras cosas. En conclusión, la familia es responsable de forma directa en desarrollo cognitivo, social y afectivo del antes mencionado.

Si bien es cierto, las definiciones sobre lo que es o representa la familia son muy similares y concuerdan en que esta es el primer constructo social al que se enfrenta el individuo. Es importante recalcar que no siempre será así, puesto que, aunque ha sido objeto de varios estudios y, esta inmiscuida en todos los campos del saber; cada ciencia tiene su particularidad y por supuesto su campo de estudio específico. Por lo que la perspectiva de un sociólogo no será la misma que la de un jurista o biólogo, etc. Un ejemplo de ello es lo que vimos en las definiciones expuestas anteriormente. No obstante, a pesar que existen muchos estudios en diversas ciencias como ya se lo mencionó anteriormente, esto no ha sido suficiente; pues ninguna ha logrado descifrar todo lo que comprende y abarca la familia (Benítez, 2017). Es por ello, que se continúa estudiando y escudriñando acerca de la familia y sus componentes hasta la actualidad.

## **1.2. Funciones de la familia**

Para Hoffman et al. (como se citó en Martínez et al., 2020) existen cinco funciones que la familia debe suplir para que sus miembros puedan desarrollarse adecuadamente en el entorno en el que se encuentran: en primer lugar, está la procreación, con la finalidad de que el linaje se siga preservando por muchos siglos más; en segundo lugar, está la economía puesto que, la familia tiene el deber de garantizar la alimentación y demás necesidades de sus miembros. En tercer lugar, los principios y valores sociales, ya que, es necesario vivir en armonía y a través de estas pautas de comportamiento se puede conseguir lo antes mencionado, además, está ligado al quinto y último punto pues garantiza el desarrollo de buenas relaciones sociales con sus pares; En cuarto lugar, está el soporte emocional con referencia a este punto en anteriores investigaciones no creían que fuera de relevancia, por lo que recientemente ha sido introducido dentro de las funciones de la familia, además que ha cobrado gran relevancia en este campo debido a la importancia de generar e impulsar metas en los integrantes más jóvenes del grupo familiar. La última función es la socialización, esta nos menciona que los padres o la persona que suma el rol de autoridad es el encargado de brindar pautas de comportamientos a través de su sabiduría y experiencias de manera que, el hijo/a pueda ser proactivo y contribuya a mejorar la sociedad.

## **1.3. Funcionalidad familiar**

Según Álvarez et al. (como se citó en Loor & Lescay, 2021), una familia funcional es la que cumple con sus responsabilidades o funciones. Dicho de otra manera, es la que provee y cubre las necesidades esenciales de cada uno de sus integrantes, creando un ambiente sano y seguro para los antes mencionados. Además, dentro de estas familias la comunicación es fluida y respetuosa, de manera que se refuerza el vínculo emocional que existe entre ellos, pudiendo así, actuar de manera correcta ante los desacuerdos que se puedan presentar. Es decir, modifican sus conductas de manera conjunta, para no desestabilizarse entre sí y cumplir con los proyectos que han trazado tanto de manera individual como en grupo.

#### **1.4. Disfunción familiar**

Hunt (2007) menciona que la disfuncionalidad familiar es aquella donde uno o ambos progenitores manifiestan conductas perjudiciales para sus hijos, impidiendo que los antes mencionados puedan desarrollar su autonomía y la facultad de interrelacionarse adecuadamente tanto con el grupo primario de apoyo como con las demás personas de su entorno. Asimismo, menciona que la disfuncionalidad familiar está ligada a los padecimientos que puedan haber sufrido los padres en alguna etapa de sus vidas, y esto predispone a que estas conductas sean transmitidas a sus hijos, desencadenando un hogar debilitado en todos los niveles: afectivo, mental y religioso, es decir, se ven afectados todos los miembros de la familia no solo quien está inmerso en una problemática. De ahí que, es importante que las personas subsanen las heridas de su infancia antes de formar una familia evitando así repetir el ciclo de inestabilidad y por ende las repercusiones negativas.

Por otro lado, sabemos que dentro de las familias siempre van a existir discrepancias entre sus miembros, lo que hace que esta sea disfuncional es la manera en la que actúan ante estas dificultades. Minuchin (1974) menciona:

Una familia disfuncional es un sistema que ha respondido a estos requerimientos internos o externos de cambio estereotipando su funcionamiento. A los requerimientos de cambio se les ha contrapuesto una reificación de la estructura familiar. Las pautas transaccionales habituales se han preservado hasta un límite de rigidez, que bloquea toda posibilidad de alternativas. La selección de una persona como problema constituye un simple método para mantener una estructura familiar rígida, inadecuada (págs. 165-166).

Es decir, este tipo de familia no se someten ante los cambios ni buscan soluciones a los conflictos, en su lugar conservan sus patrones de conducta. Pues para ellos es más sencillo buscar entre los integrantes a un responsable que asuma la culpa de lo que está pasando dentro del núcleo familiar para seguir adelante.

#### **1.5. Características de las familias disfuncionales**

Según Herrera (como se citó en Chavez, 2020) se considera disfuncional a la familia si cumple con las siguientes características:

- No reconocen sus conductas negativas.
- La carencia emocional es predominante, pues entre los integrantes de la familia no existen muestras de cariño.
- No existe privacidad ya que, esta es violentada. Asimismo, no se cumplen con los ofrecimientos en el tiempo dado.
- Existe diferencias en la manera de relacionarse con cada uno de los miembros de la familia, es especial con los más pequeños.
- El vínculo entre los padres e hijos es inexistente.
- Maltratos, abusos en todos sus tipos: verbal, físico y psicológico.
- Los enfrentamientos entre los padres son constantes.
- La comunicación es un área afectada, pues los hijos no pueden expresar libremente sus preocupaciones o inseguridades.
- No se le brinda un espacio para estar en familia.
- La ansiedad es la principal consecuencia en los menores debido a los enfrentamientos que existen en la familia.

### **1.6. Consecuencias de la disfuncionalidad familiar**

De acuerdo a los numerosos estudios realizados bajo las distintas metodologías de investigación se han podido establecer los efectos que se generan en los más pequeños del hogar debido a la continua exposición de conductas negativas por parte y entre de los padres, las cuales por supuesto terminan involucrando a los antes mencionados. Es así que, entre las consecuencias tenemos: insomnio o hipersomnia, problemas del lenguaje debido al miedo a expresarse y ser recriminado, introversión, dificultades escolares, para socializar y relacionarse con sus pares, asimismo se pueden presentar enfermedades de índole orgánica, además las eventuales relaciones de amorosas y de intimidad se ven afectadas (Harold y Sellers, 2018).

## **2. Consumo de cocaína**

### **2.1. Sustancias psicoactivas o drogas**

Las drogas son sustancias que proceden de diferentes fuentes, es decir, sus composiciones son variadas; estas pueden tener un origen orgánico o químico. Afectando de manera negativa en primera instancia al sistema nervioso y a las áreas: cognitiva, afectiva

y conductual del individuo que las consume Organización Panamericana de la Salud ((OPS), 2020). por lo que, son consideradas de alto riesgo para la salud del individuo.

## **2.2. Adicción**

El Instituto Mexicano del Seguro Social ((IMSS), s.f.) menciona que la adicción a las drogas es el consumo reiterado de sustancias psicotrópicas aun sabiendo de los efectos nocivos que tienen estas a la salud integral de sí mismos. Puesto que, producen una serie de reacciones que cambian el accionar y la configuración de las estructuras cerebrales ocasionando comportamientos inusuales que pueden poner en riesgo la vida del individuo.

## **2.3. Cocaína**

La utilización de la hoja coca se da desde la existencia de los primeros pobladores de nuestro continente, es decir, los incas. Aunque desconocían las consecuencias para su salud rápidamente fueron detectando aquellos efectos que le producía y que de una forma los ayudaba a realizar sus labores diarias, asimismo esta hoja era parte fundamental en sus costumbres ancestrales, además que el acceso a la misma era solo para los más pudientes del imperio (Pascual, 2001).

Es así que, según el National Institute on Drug Abuse ((NIDA), 2021) refuerza lo antes dicho, pues plantea que la cocaína ha sido utilizada desde tiempos remotos con la diferencia que menciona que eran utilizados con finalidades médicas, pues se utilizaban en las cirugías buscando mejorar los procedimientos y por ende el bienestar y la salud de las personas. Sin embargo, no todos los utilizaban con el mismo propósito, pues le daban una mala utilización lo que hizo que su consumo ilegal sea penando e incluso regulado en algunos países, ya que, esta sustancia gana terreno rápidamente y el acceso se expandió llegando a todo barrio, comunidad, pueblo, y países. Su apariencia es la de una partícula muy delgada parecida los cristales y de un color blanquecino característico por lo que puede ser combinada con otras sustancias para su expendio.

## **2.4. Formas de consumo de la cocaína**

La cocaína al igual que otras sustancias es consumida múltiples formas, ((NIDA), 2021) menciona que entre las más utilizadas tenemos:

- **Inhalada**, es decir, optan por aspirar las partículas de la sustancia a través de las fosas nasales o a su vez se la **frotan** en las encías. En algunos de los casos y en la búsqueda de un efecto más potente la cocaína es mezclada con otras sustancias, por ejemplo: la heroína. Lo cual, implica también un mayor riesgo para la vida del individuo ((NIDA), 2021).
- **Inyectada**, el procedimiento para este tipo de consumo inicia con la disolución de la sustancia para inmediatamente ser administrada directamente en una arteria ((NIDA), 2021).
- **Fumada**, en este caso primero se procede a calentarla para así aspirar los vapores que emana, los cuales ingresan directamente al sistema respiratorio, para así generar los efectos placenteros en el consumidor ((NIDA), 2021).
- Otra de las formas de consumo y que esta relaciona con la anterior es **esparciendo** la sustancia sobre el cigarrillo o marihuana para ser posteriormente fumada ((NIDA), 2021).

### **2.5. Dependencia a la cocaína**

Para Caballero (2005) la dependencia a esta sustancia está íntimamente relacionada con múltiples factores, entre los que se destacan: la forma en la que es consumida. Puesto que, al ser inyectada, inhalada o fumada la acción, es decir, los efectos se dan de forma casi instantánea. Por otro lado, tenemos a data del consumo y la dosificación en la que ha llevado el mismo. Ya que, si el individuo lleva un consumo reiterado y por un largo tiempo es indiscutible que está abusando de esta sustancia, y tampoco hay que descartar que hay consumido otras sustancias, puesto que buscan la prolongación de los efectos placenteros de la sustancia.

El autor también hace referencia que a partir de la adicción a una sustancia se pueden desarrollar otras e incluso de diferente índole, las cuales tienden a evolucionar mucho más rápido que la dependencia inicial. Por otra parte, menciona que la dependencia se puede generar a raíz del síndrome de abstinencia, pues en la búsqueda de eliminar la sintomatología recurren a retomar el consumo y a incrementar el mismo (Caballero, 2005). En este último caso, se debe buscar ayuda profesional con la finalidad de no volver al consumo.

## **2.6.Efectos del consumo de cocaína**

Como se lo ha mencionado la reacción de esta sustancia es sumamente rápida e incluso si las cantidades son mínimas, esto debido a su rápida absorción. Lo cual guarda relación con la forma en la que es consumida, asimismo tiene implicación en que el efecto que produce no sea duradero, lo cual lleve a incrementar la dosis y la frecuencia. Es así que, los síntomas que genera son: alegría extrema, mayor fuerza, verborragia, su atención y percepción se alteran teniendo mayor susceptibilidad ante las manifestaciones del entono, inhibición del sueño-vigilia, además de la pérdida del apetito. Si el individuo incrementa la dosis del consumo estos efectos o sintomatología también aumentará (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, 2007). Pudiendo conducir a una sobredosis y por ende a la muerte del sujeto.

## **2.7. Factores de riesgo y protección en el consumo de cocaína**

López y Rodríguez-Arias (2010) en su estudio muestra que la sociedad juega un papel importante para el desarrollo del consumo de sustancias, puesto que, actualmente existe mayor disponibilidad de la cocaína y otras sustancias, asimismo, refiere que dentro de las actividades de recreación colectivas que suponen contribuyan positivamente al individuo, es donde más se propicia el consumo, pues por incluirse en el grupo tienden a realizar todo tipo de actos. No obstante, la otra cara de la moneda, es decir, no todos quienes se relacionen con el individuo van contribuir de manera negativa, existen aquellos que a través de su ejemplo ejercen un rol de protección.

Por otro lado, Sanz et al. (como se citó en Lloret et al., 2008) menciona que el factor predictor dentro de la familia son los enfrentamientos entre los progenitores, de a su estudio los jóvenes quienes presencian y son inmiscuidos en este tipo de problemáticas son más propensos a desarrollar una adicción. Mientras que, en los hogares que existe unión, camaradería son los que garantizan la protección de sus miembros ante el consumo de sustancias.

En cuanto a los factores individuales que predominan en el consumo se relacionan con la poca o escasa información que el individuo conozca acerca del consumo y sus efectos, asimismo la edad juega un papel fundamental ya que, estudios revelan que la población adolescente es más propensa a desarrollar una adicción (López y Rodríguez-Arias, 2010).

## **2.8. Consecuencias del consumo de cocaína**

El uso y abuso de la cocaína trae consigo implicaciones negativas a nivel orgánico, psicológico y comportamental, este último a su vez genera otro tipo de problemáticas que agravan el cuadro patológico del paciente, pues tienen sus propios síntomas los cuales, generan un malestar mucho más intenso. Es así que, entre ellas tenemos: el área sexual, coito sin protección, la prostitución lo cual supone un riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual. En cuanto a la salud mental, el consumo con una dosificación extrema o sumamente alta desencadena trastornos como la esquizofrenia, pues dentro los efectos de la cocaína están las alucinaciones. De igual manera, el consumo excesivo conduce a la intoxicación o a la muerte del sujeto. Por otro lado, es común que la cocaína no sea la única sustancia de la cual abuse, por lo que, quienes también son alcohólicos pues sufrir de enfermedades cardíacas y hepáticas ((OPS), 2020).

### **3. Terapia cognitivo conductual**

Según Beck como se citó en Beck et al. (2010):

La terapia cognitivo conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (pág. 13)

Esto indica que las cogniciones el individuo son las que desencadenan las reacciones emocionales y comportamentales ante una determinada situación u evento.

La terapia cognitivo conductual tiene la finalidad de cambiar conductas y cogniciones de forma simultánea y cooperativa. Su tratamiento se dirige a lo actual, pero sin dejar de lado la recolección de información del pasado, situándose en los modelos que se relacionan al reciente mal funcionamiento de las ideas y comportamientos del individuo (Sánchez, 2008).

Para Semerari (como se citó en Gonzalez et al., 2017) esta terapia es utilizada en el tratamiento de muchos desórdenes mentales como los depresivos, ansiosos, en las



obsesiones y compulsiones, e trastornos alimenticios y relacionados con el trauma, en adicciones, trastornos sexuales y del desarrollo del individuo, entre otros, dado su eficiencia en dichas problemáticas, lo cual no es una simple deducción pues en el seguimiento a los pacientes se reflejan que su estabilidad se mantiene a partir de la terapia.

### **Técnicas aplicadas para la recolección de información**

Para la realización de este estudio de caso se utilizó la metodología cualitativa, puesto que la exploración se realizó únicamente a un individuo. Es así que, para la recolección de información sobre el paciente y su padecimiento se utilizaron distintas técnicas clínicas como la entrevista semiestructura en la cual se empleó como instrumento: la historia clínica y la observación clínica.

Seguido de test o baterías psicométricas que permitieron la evaluación de aspectos importantes como: la adicción; para conocer la sustancia/s específicas de consumo (OMS-ASSIST V3.0), los daños a nivel cognitivo que pueden presentarse a raíz del consumo (Test de Mayo), y el estado emocional del paciente (Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)). Todas ellas son esenciales para llegar a un diagnóstico idóneo que permita realizar una buena intervención psicológica. A continuación, se detallan cada uno de los instrumentos expuestos anteriormente:

#### **Entrevista semiestructurada**

La entrevista semiestructurada es el método de recolección de información más adecuado para la problemática del paciente, pues existen temas o situaciones difíciles de hablar por lo que, puede darse el caso que trate de evadirlas. Sin embargo, a través de esta se puede llegar a reunir la mayor cantidad de información sobre el paciente y su motivo de consulta. Por lo que, se complementa con la **historia clínica**, la cual nos brinda ciertas pautas sobre lo que se debe preguntar para así llegar a un diagnóstico acertado que permita construir o crear un plan terapéutico adecuado para el paciente y su padecimiento. (Ver anexo A)

#### **Observación clínica**

Este método es complementario a los expuestos en el párrafo anterior, puesto que, no basta con despejar las interrogantes. Es necesario observar al paciente, ya que, su aspecto

y aseo personal, gestos, movimientos corporales y faciales, denotan parte de la sintomatología característica de su problemática por lo que contribuye significativamente al diagnóstico que se pretende establecer.

### **Baterías o test psicométricos**

Este método incluye diversos instrumentos, los cuales están direccionados a evaluar un área específica en el individuo, por lo que son imprescindibles al momento de la evaluación psicológica. Puesto que, permiten llegar a un diagnóstico acertado. Por lo cual, en estudio de caso y de acuerdo a la sintomatología del paciente se emplearon los siguientes test psicométricos:

### **Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (OMS-ASSIST V3.0)**

Este test fue utilizado con la finalidad de detectar la/s sustancia/s de consumo del paciente, puesto que, permite una evaluación completa en las siguientes sustancias: tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otros (en este caso se solicita al paciente mencionar la sustancia). Asimismo, plantea el riesgo que supone la sustancia para el individuo, y en base a ello proporciona el tipo de intervención que necesita el paciente. Es importante mencionar, que esta prueba consta de 8 preguntas de opción múltiples en las que están desglosadas las sustancias antes mencionadas y la frecuencia del consumo. (Ver anexo B)

### **Test de mayo**

Este test es de uso riguroso en la institución CETAD “PAZ”, pues la data de consumo en los pacientes suele ser amplia, y debido a ello una o varias de las funciones cognitivas (orientación, atención, cálculo, abstracción, fijación, construcción, información, y revocación) puede verse deteriorada. Es así que por medio de este test se buscó determinar el déficit que pudo haber provocado el consumo de sustancias en el paciente.

Para la resolución de este test el profesional se encarga de realizarle cada una de las preguntas correspondientes a las 8 funciones a evaluar, repitiéndolas máximo cinco veces. No obstante, el punto siete debe ser resuelto por el paciente en una hoja en blanco. (Ver anexo C)

## **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)**

Se optó por aplicar este Inventario debido a la presencia de sintomatología depresiva en el paciente. Por lo que, se considera el más adecuado. Este inventario cuenta con 21 ítems de opción múltiple en los cuales se identifica el grado de malestar del paciente en la última semana hasta el día de la evaluación. Por lo que, permite conocer el nivel de gravedad de los síntomas depresivos en el paciente. (Ver anexo D)

## **Resultados obtenidos**

Para llevar a cabo la intervención psicológica se realizaron cinco sesiones diagnósticas, las mismas que tuvieron una duración entre 45 a 50 minutos. Y en base a las cuales se propuso el tratamiento (tabla 2). A continuación, se detallan cada una de las sesiones realizadas:

### **Pre-sesión**

Como parte del proceso de prácticas pre profesionales me fue asignado el caso del paciente E por parte del tutor institucional, el mismo que proporcionó a breves rasgos el motivo de consulta y los datos de identificación del paciente, además que el ingreso en la institución fue por voluntad propia. De manera que me pueda preparar para la primera sesión.

### **Primera sesión**

El primer contacto con el paciente se llevó a cabo el día 28 de junio del 2021, de 10:00 a 10:45 am. Iniciando con la presentación, y la explicación de la labor que realice dentro de la institución. Seguido a ello, se pasó a recolectar los datos de identificación del paciente, y a establecer el rapport con el mismo. De modo que permita, conocer a profundidad la problemática del paciente.

Continuando con la sesión le pregunte al paciente sobre el problema que lo trae a consulta manifestando que hace un mes se encuentra en tratamiento en CETAD “PAZ”, debido a su consumo problemático de sustancias psicotrópicas y alcohol, no obstante, mencionó *“no dejo de pensar en todos los insultos, maltratos que le hice a mi madre, pero de que me sirve darme cuenta de eso ahora, si ya es tarde por mi culpa mi mamá está enferma, todo el día paso pensando en eso por lo que no puedo dormir, no tengo apetito ni*

*ganas de hacer nada, pero es lo que me merezco por ser un mal hijo, mi pobre madre a pesar de todo lo que le hice me sigue ayudando a mí y a mujer que está embarazada, como alguien como yo que le hizo daño a su propia madre puede ser padre, de seguro también seré un mal padre*”, esta sintomatología se presentó dos semanas después de su internamiento. Las mismas están interfiriendo significativamente en sus actividades y relaciones interpersonales, pues manifiesta sentirse irritable todo el tiempo por lo cual “*para evitarme problemas mejor me quedo solo*”. Para finalizar la sesión se realice un resumen de la información obtenida, no sin antes preguntar sobre las expectativas que se tienen acerca del proceso psicoterapéutico. Por último, se acordó la fecha y la hora de la segunda sesión para el día 30 de junio del 2021 a las 10 am.

### **Segunda sesión**

Esta sesión se realizó el día 30 de junio del 2021 desde las 10:00 hasta las 10:45 am. Se inició con un resumen de la sesión anterior, para después continuar con la entrevista e indagar un poco más sobre la sintomatología descrita anteriormente. El paciente manifestó “*siento vergüenza de mí mismo, de lo que hice, pero quiero mejorar porque no quiere ser como mi padre lo fue conmigo con mi hijo, ya repetí una vez sus comportamientos no quiero hacerlo dos veces, sería un tonto si lo hago, por eso pido su ayuda*”.

Por lo que, se continuó con la exploración acerca de la estructura del grupo primario de apoyo, y las relaciones con los mismos. Además, de la información requerida en los demás puntos de la historia clínica, de modo que se logró obtener la mayor cantidad de datos acerca del nacimiento y desarrollo del paciente hasta la actualidad. Finalice la sesión realizando el feedback de la misma. Y acordando una tercera sesión para el día 2 de julio del 2021 a las 10 am.

### **Tercera sesión**

La sesión se desarrolló el día 2 de julio del 2021, iniciando con el resumen de la segunda sesión. Para luego proceder a realizar el contrato, pues es necesario el previo consentimiento informado del paciente antes de emplear los test psicométricos que corroboran la sintomatología y permiten llegar a un diagnóstico. Por supuesto también es requerido para poner en marcha el tratamiento se planteará más adelante.

Teniendo el consentimiento aplique el primer test psicométrico, OMS-ASSIST V3.0, procediendo a brindar las instrucciones del test, posterior a ello, el paciente inició con la

realización del mismo a las 10:30 culminando el mismo en 10 minutos. Durante de este proceso el paciente se mostró colaborador por lo que no existió ningún inconveniente el desarrollo del mismo.

#### **Cuarta sesión**

Esta sesión se realizó el 5 de julio del 2021 y, en ella se continuó con la aplicación de los test. Empezando a tomar el test de mayo, pues de acuerdo a los lineamientos de la institución y a la data de consumo era necesario explorar las funciones cognitivas del paciente. Se directrices generales, y se empezó con la administración del test, proceso que se desarrolló con total normalidad y sin ninguna dificultad.

Después de una pausa de cinco minutos, aplique el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), primero se dieron las instrucciones, seguido se corroboró si fueron entendidas o existió alguna duda, para así iniciar con la prueba, la misma que en realizada en un lapso de 10 minutos. Posteriormente, se acordó una quinta sesión para el día 7 de julio del 2021 a las 10 am.

#### **Quinta sesión**

Se llevó a cabo la sesión el día y a la hora prevista, en esta realice la devolución al paciente de los resultados de la evaluación psicológica, el diagnostico al cual se llegó y además se socializó el plan o esquema terapéutico y la terapia en la que se basa el mismo, siendo la Terapia Cognitivo Conductual. Asimismo, se respondieron las dudas sobre el proceso y se constató su interés por continuar con el mismo. Procediendo a pautar la fecha en la que se iniciaría el tratamiento, siendo esta el 12 de julio del 2021.

#### **Situaciones detectadas**

El paciente de sexo masculino, de 22 años de edad es el último de tres hermanos, de los cuales los dos primeros son producto de la primera unión de la madre. En cuanto a la relación con sus hermanos esta es distante, mientras que con su padre existe un rompimiento de la relación. En tanto que la relación con la madre es cercana, aunque violenta. Por lo cual, el grupo primario de apoyo es disfuncional. Por otra parte, el paciente tiene pareja hace un año, está próximo a ser padre y la relación es cercana.

En cuanto al su consumo problemático de alcohol y drogas, la edad de inicio fue a los 14 años con la marihuana, sustancia que también expendió por seis meses, cesando esta actividad debido a los peligros que le suponía la misma. Posteriormente a los 17 años empezó con consumo de alcohol y cocaína. Siendo esta última la sustancia predilecta para el consumo diario hasta hace un mes. Por lo que la data del consumo es de 8 años, siendo esta la primera vez que se encuentra interno en una instrucción de rehabilitación para alcohol y drogas. Asimismo, es importante mencionar que el paciente ha intentado por si solo dejar el consumo en 2 ocasiones.

Por medio de entrevista semiestructurada y su instrumento la historia clínica se pudieron detectar los factores que predispusieron al paciente a desarrollar el consumo de sustancias, entre los cuales están: el consumo y venta de marihuana por parte de su padre, la violencia intrafamiliar de la cual fue víctima, y la posterior separación de sus padres. Mientras que, como factor precipitante se encontró a la ausencia de ambos padres. Es necesario precisar que la madre tenía que trabajar por lo cual no podía estar todo el tiempo con él, sin embargo, no lo dejaba solo sino con sus hermanas, es decir, las tías del paciente.

En cuanto a su estado actual hace dos semanas aproximadamente el paciente está presentando sintomatología depresiva entre la que se pudo constatar, descuido en su aspecto personal, insomnio (ojeras). Asimismo, se lo notó triste, desanimado. Ya que se siente culpable y teme no cumplir de manera adecuada el rol como padre.

Con respecto a los test psicológicos que se aplicaron en el paciente y se obtuvieron los siguientes resultados:

- El **OMS-ASSIST V3.0** el cual arrojó las siguientes sustancias y con una puntuación de: tabaco (42pts), alcohol (27pts) y cocaína (42pts), lo cual indica que se requiere un tratamiento intensivo. Por otra parte, para el cannabis (21pts) se necesita una intervención breve.
- En el **Test de Mayo** se obtuvo un puntaje de 35pts lo cual indica que no existen signos de deficiencia o deterioro cognitivo en el paciente.
- Por último, se aplicó el **Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)**, en el cual se obtuvo un resultado de 21pts, es decir, su estado de depresión es moderado.

Para mayor comprensión de la sintomatología actual del paciente, esta se presenta a continuación:

**Tabla 1**

*Cuadro psicopatológico del paciente*

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
<b>Cognitivo</b>	Distractividad, abstracción selectiva, pensamiento perseverativo y distorsionado	
<b>Afectivo</b>	Culpabilidad, tristeza, desanimo, anhedonia, preocupación, vergüenza e irritabilidad.	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias psicoactivas</b>
<b>Conducta social- escolar</b>	Aislamiento	
<b>Somática</b>	Movimientos estereotipados, pérdida del apetito e insomnio.	

*Nota.* La información fue obtenida por Julissa Roxana Murillo Cabrera a través de la historia clínica.

Las evidencias anteriores tanto en las sesiones realizadas como los resultados de los test psicométricos aplicados han sido fundamentales para tener una pauta de comportamientos, y síntomas, que permitan llegar a un diagnóstico, sin embargo, es necesario relacionar dichos antecedentes con los criterios de los manuales, en este caso el de la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, el cual indica que el paciente presenta el síndrome de dependencia debido al consumo de múltiples sustancias F19.2.

### **Soluciones planteadas**

Después del proceso de evaluación y, por ende, la obtención del diagnóstico del paciente el siguiente paso es la construcción del plan psicoterapéutico en base a la sintomatología encontrada, las necesidades y opiniones del paciente. El presente esquema terapéutico está basado en la Terapia Cognitivo Conductual, pues es imprescindible reducir

la sintomatología negativa en el paciente, ya que está interfiriendo y agudizando la problemática del consumo de sustancias, pues no permiten que este se centre en las actividades que contribuyen en su recuperación. A continuación, se presenta el esquema psicoterapéutico:

**Tabla 2**

*Esquema terapéutico*

<b>Hallazgo</b>	<b>Meta terapéutica</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados obtenidos</b>
Síndrome de Dependencia de múltiples sustancias	Que el paciente tenga conocimiento sobre su problemática de manera científica y acorde a su cultura.	Psicoeducación (Modelo Matrix)	1 sesión	12/07/2021	Se logró que el paciente conozca sobre los aspectos más importantes de su problemática.
<b>Área conductual:</b> Aislamiento	Que el paciente se integre a las actividades grupales de la institución.	*Programación de actividades *Técnica de dominio y agrado	2 sesiones	14/07/2021 16/07/2021	Se logró que el paciente se integre paulatinamente a las actividades de la institución.
<b>Área cognitiva:</b> Distorsión cognitiva: Personalización	Que el paciente cambie su pensamiento negativo por uno alternativo	*Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos. *Clasificando el grado de emoción y el grado de	3 sesiones	19/07/2021 21/07/2021 23/07/2021	Se logró que el paciente cambie su pensamiento negativo por uno alternativo



---

“Mi mamá está enferma por mi culpa”	creencia de un pensamiento. *Análisis de los costos y beneficios de un pensamiento.
-------------------------------------	--

---

<b>Distorsión cognitiva</b>	Que el paciente cambie su pensamiento	<b>Reestructuración cognitiva:</b>	5 sesiones	26/07/2021 28/07/2021	Se logró que el paciente
<b>Adivinación del futuro:</b>	negativo por uno funcional y alternativo.	*Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos. *Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos. *Clasificando el grado de emoción y grado de creencia de un pensamiento. *examinando las evidencias. *Rol playing		30/07/2021 2/08/2021 4/08/2021	cambiará su pensamiento por uno más funcional.

---

<b>Área somática:</b>	Que el paciente mejore y disminuya su sintomatología.	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	1 sesión	6/08/2021	Se logró que el paciente disminuya su sintomatología, mejorando en los aspectos antes descritos.
Movimientos estereotipados, pérdida del apetito e insomnio.					

---

**Nota:** La autora de este esquema es, Julissa Roxana Murillo Cabrera.

## CONCLUSIONES

Al inicio de esta investigación se planteó un objetivo, el cual se pudo cumplir satisfactoriamente a través de la investigación bibliográfica y la práctica que se realizó con el paciente. Por lo que, se constató que la familia es un factor importante en el desarrollo o prevención de cualquier patología, sin embargo, no es determinante pues están implicados otros factores como el entorno, las amistades, los rasgos y características de personalidad del individuo.

En el caso específico del paciente, la disfuncionalidad familiar del grupo primario de apoyo predispuso al desarrollo del consumo problemático de sustancias. Pues creció con un padre consumidor de marihuana, violento y por ende su personalidad también se desarrolló entorno a ello. Evidenciando lo antes mencionado, el paciente replicó estas conductas y son las que actualmente están generando la sintomatología descrita anteriormente en las sesiones (tabla 1).

De acuerdo con las entrevistas y los métodos utilizados: la historia clínica, observación clínica, test psicométricos se llegó al diagnóstico presuntivo, el cual fue corroborado a través de los criterios diagnósticos que proporciona la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, el paciente presenta el síndrome de dependencia a múltiples sustancias F19.2. Ratificando la necesidad del proceso de rehabilitación no sin antes estabilizar emocionalmente al paciente. Pues, contribuirá positivamente para que exista mayor adherencia al mismo.

En base al diagnóstico antes mencionado se planteó un esquema terapéutico basado en la Terapia Cognitivo Conductual, en la cual se realizó en primer lugar psicoeducación puesto que, es necesario dar a conocer al paciente sobre su padecimiento, es así que se logró que el paciente tenga el conocimiento adecuado al respecto del consumo de sustancias, y sus implicaciones. Seguido de la técnica de reestructuración cognitiva, trabajando las distorsiones cognitivas del paciente, cabe recalcar que el cambio de pensamiento no se logra en una sola sesión por lo es necesario entre cuatro a cinco sesiones. Asimismo, es imprescindible reducir los síntomas somáticos por lo se propuso la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

En cuanto a las dos últimas técnicas utilizadas se obtuvieron resultados favorables, pues se logró que el paciente cambie su pensamiento por uno más funcional de manera, que

no solo pudo mejorar en esta área (cognitiva) sino también en el área social y emocional. En cuanto a técnica de relajación progresiva de Jacobson se logró que el paciente vaya reduciendo paulatinamente la sintomatología.

Por otro lado, en base a la práctica realizada se puede concluir que la problemática del consumo de drogas ha avanzado rápidamente en todos los estratos sociales por lo que, es necesario mejorar la labor preventiva que se esté realizando actualmente, pues no está llegando a todos los sectores y especial a los más vulnerables. Por lo que, están generando otras patologías y dificultades a nivel individual y como familia, pues como se evidencia en este estudio de caso, en el paciente se originó una nueva sintomatología a partir del consumo y las conductas que este trae consigo. Las mismas que, están afectando significativamente a nivel cognitivo, social y emocional.

### **RECOMENDACIONES**

Se recomienda que el psicólogo encargado en CETAD “PAZ” continúe con el tratamiento establecido previamente en este estudio de caso y que fue socializado dentro de la institución. Además, se propone que haya un seguimiento constante, de modo que se lleve un control de los avances y mejoras que este presentado el paciente, puesto que, permite ir reevaluando la situación actual del mismo y en el caso de ser detectada una nueva sintomatología se pueda intervenir de manera oportuna.

Referente a la rehabilitación por el consumo de sustancias, se sugiere a CETAD “PAZ” que se amplíen las técnicas utilizados para ello. Planteando así el uso del Modelo Matrix, el cual fue empleado brevemente en la psicoeducación. Este fue elaborado por el Instituto Matrix y ha sido empleado en varios países, ya que, el tratamiento no solo toma en cuenta al paciente sino también a la familia y al terapeuta, proporcionando guías dirigidas a cada uno de ellos, siendo un método integral.

Asimismo, se recomienda que se complemente el tratamiento con la Terapia Sistémica Familiar de manera que, la familia también pueda mejorar sus relaciones y la sintomatología que se haya originado por los conflictos que se dieron en su momento, los cuales no les permiten sanar y avanzar con sus vidas. Además, es importante que estén empapados sobre la problemática del paciente, y la manera en que puedan contribuir positivamente en el proceso de rehabilitación y posterior reinserción social del antes mencionado.

## BIBLIOGRAFÍA

- (IMSS), I. M. (s.f.). *Imss.gob.mx*. Recuperado el 10 de Marzo de 2022, de [mss.gob.mx: ttp://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/adicciones](http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/adicciones)
- (NIDA), N. I. (8 de Abril de 2021). *nida.nih.gov*. Recuperado el 16 de Marzo de 2022, de [nida.nih.gov: https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina](https://nida.nih.gov/publicaciones/drugfacts/la-cocaina)
- (OPS), O. P. (2020). *Paho.org*. Recuperado el 10 de Marzo de 2022, de [Paho.org: https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias](https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias)
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª ed.). (S. d. Pabón, Trad.) EDITORIAL DESCLÉE DE BROWER, S.A.
- Benítez, M. E. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades en Población*(26), 58-68. Recuperado el 8 de Marzo de 2022, de <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v13n26/rnp050217.pdf>
- Caballero, L. (2005). *Adicción a Cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. (M. d. Consumo, Ed.) Madrid. Recuperado el 14 de Marzo de 2022, de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/144.pdf>
- Chavez, M. (2020). *FAMILIA DISFUNCIONAL Y EL IMPACTO PSICOSOCIAL EN UN ADOLESCENTE*. Tesis de Pregrado, Universidad Técnica de Babahoyo. Recuperado el 16 de Marzo de 2022, de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7684/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000257.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (2007). *pnsd.sanidad.gob.es*. (M. d. Consumo, Editor) Recuperado el 15 de Marzo de 2022, de [pnsd.sanidad.gob.es: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Informecocaina.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Informecocaina.pdf)
- Harold, G., & Sellers, R. (2018). Annual Research Review: Interparental conflict and youth psychopathology: an evidence review and practice focused update. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 374-402. Recuperado el 17 de Marzo de 2022, de <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.12893>

- Herrera, L., & Espinoza, E. (2020). La relación familia-escuela y el rendimiento escolar. *Revista Científica Cultura, Comunicación y Desarrollo*, 5(3), 16-20. Recuperado el 6 de Marzo de 2022, de <https://rccd.ucf.edu.cu/index.php/aes/article/view/252/280>
- Hunt, J. (2007). *Hope for the Heart*. Recuperado el 10 de Marzo de 2022, de Hope for the Heart: <https://www.hopefortheheart.org/dysfunctionalfamily/>
- Lloret, D., Segura, M., & Carratalá, E. (2008). RELACIONES Y REACCIONES FAMILIARES Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES EN POBLACIÓN RURAL. *Salud y drogas*, 8(2), 119-135. Recuperado el 16 de Marzo de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/839/83912986001.pdf>
- Loor, L., & Lescay, D. (2021). INCIDENCIA DE LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE EN NIÑOS DEL SUBNIVEL INICIAL II. *Revista Electrónica Formación y Calidad Educativa (REFCaLE)*, 9(2), 179-196. Recuperado el 9 de Marzo de 2022, de <http://refcale.ulead.edu.ec/index.php/refcale/article/view/3459>
- López, S., & Rodríguez-Arias, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573. Recuperado el 16 de Marzo de 2022, de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8919/8783>
- Martínez, G., Torres, M., & Ríos, V. (2020). El contexto familiar y su vinculación con el rendimiento académico. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 11, 1-17. Recuperado el 6 de Marzo de 2022, de <https://www.redalyc.org/journal/5216/521662150008/html/>
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. (V. Fichman, Trad.) Editorial Gedisa, S.A. Recuperado el 16 de Marzo de 2022, de <https://www.cphbidean.net/wp-content/uploads/2017/11/Salvador-Minuchin-Familias-y-terapia-familiar.pdf>
- Pascual, F. (2001). Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. *Adicciones*, 13(supl 2), 7-22. Recuperado el 16 de Marzo de 2022, de [https://www.uv.es/=cholz/Cocaina%20\(PND\).pdf](https://www.uv.es/=cholz/Cocaina%20(PND).pdf)
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México: Editorial El Manual Moderno. Recuperado el 19 de Marzo de 2022, de

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RjrHCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=S%C3%A1nchez+P.+Psicolog%C3%ADa+C1%C3%ADnica.+1a.+ed.+M%C3%A9xico:+Editorial+el+Manual+Moderno.+2008.&ots=1ihxoDVpWE&sig=Np fhKInEi7RqiQmDh1FYVNmHKb0#v=onepage&q&f=false>

**ANEXOS**

## Anexo A – Historia Clínica

### HISTORIA CLÍNICA

Nº: 9

Fecha: 28 de junio del 2021.

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: SN

Edad: 22 años

Lugar y fecha de nacimiento:

Género: Masculino

Estado civil: Unión libre

Religión: Creyente en Dios.

Instrucción: Bachillerato

Ocupación: Jornalero

Dirección:

Teléfono: -----

Remitente: Voluntad propia.

#### 2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 22 años de edad acude a consulta manifestando que hace un mes se encuentra en tratamiento en CETAD “PAZ”, debido a su consumo problemático de sustancias psicotrópicas y alcohol, no obstante, mencionó *“no dejo de pensar en todos los insultos, maltratos que le hice a mi madre, pero de que me sirve darme cuenta de eso ahora, si ya es tarde por mi culpa mi mamá está enferma, todo el día paso pensando en eso por lo que no puedo dormir, no tengo apetito ni ganas de hacer nada, pero es lo que me merezco por ser un mal hijo, mi pobre madre a pesar de todo lo que le hice me sigue ayudando a mí y a mujer que está embarazada, como alguien como yo que le hizo daño a su propia madre puede ser padre, de seguro también seré un mal padre”*, esta sintomatología se presentó dos semanas después de su internamiento. Las mismas están interfiriendo significativamente en sus actividades y relaciones interpersonales, pues manifiesta sentirse irritable todo el tiempo por lo cual *“para evitarme problemas mejor me quedo solo”*. Asimismo, presenta descuido en su apariencia personal.



### 3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El paciente residente de CETAD “PAZ” con un mes de internamiento por consumo de marihuana, base de cocaína y alcohol durante 8 años. Presenta descuido en su aspecto personal, con movimientos estereotipados, con un vocabulario apropiado, haciendo uso de muletillas durante toda la entrevista; manteniendo un ligero contacto visual con la entrevistadora, mostrándose colaborador en el proceso.

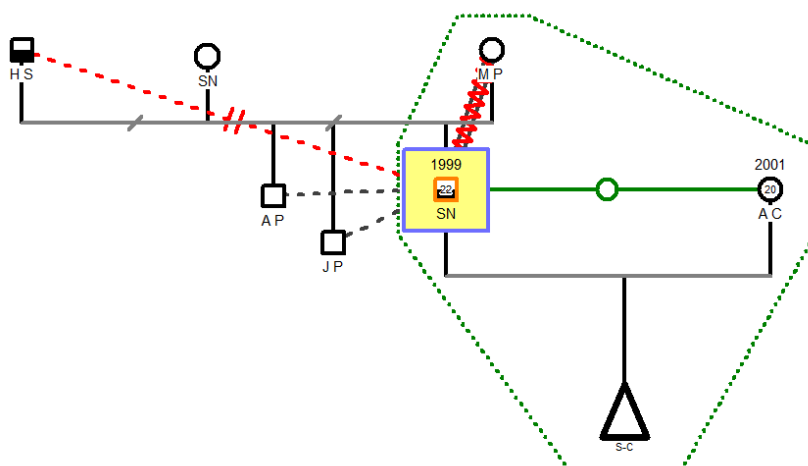
El paciente refiere que inició su consumo de cannabis a los 14 años de edad, debido a “cosas de la vida”, pues durante su infancia y parte de su adolescencia fue víctima de violencia intrafamiliar e incluso presenció el intento de asesinato de su padre hacia su madre, el primero estaba bajo los efectos de la marihuana. Posteriormente, sus padres se separaron quedándose a cargo de su madre, no obstante, debido a que esta debía trabajar, se quedaba con sus tías. Mientras que, su padre desistió de sus funciones.

Mientras que, a los 15 años pasó de consumidor a expendedor de cannabis puesto que le permitía ganar dinero fácilmente y continuar con su consumo, esto dentro de un periodo de 6 meses, dejándolo debido a los peligros que le suponía el expendio de la sustancia antes mencionada, mientras que a los 17 años empezó el consumo de alcohol de forma continua durante 3 meses, simultáneamente empezó el consumo de base de cocaína, alternando entre esta última y el cannabis diariamente.

En la actualidad se percibe como culpable del sufrimiento que le ha causado a su madre y de la enfermedad de la misma siéndose triste y avergonzado de sus acciones. Mientras que muestra preocupación y desanimo sobre su futuro, pues considera que no teme no cumplir de manera apropiada del rol como padre

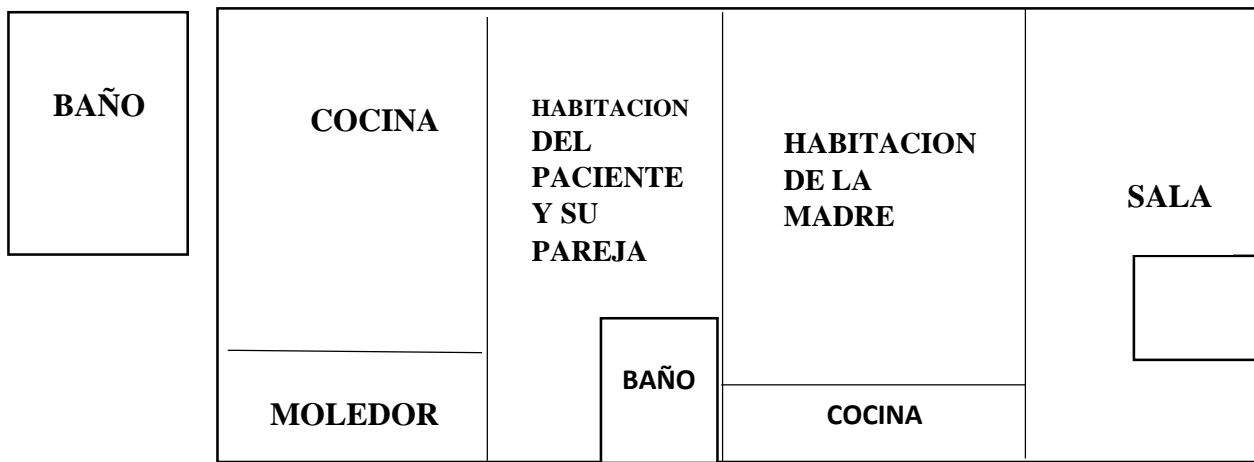
### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

#### a. Genograma (Composición y dinámica familiar)



- b. **Tipo de familia:** Familia disfuncional (de origen), familia extensa.
- c. **Antecedentes psicopatológicos familiares:** El paciente refiere que su padre es consumidor de marihuana desde hace varios años.

## 5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



## 6. HISTORIA PERSONAL

### 6.1. ANAMNESIS (Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades)

Embarazo planificado y esperado, no obstante, perturbado por el comportamiento agresivo, infidelidades y adicción del padre, teniendo un parto normal con partera en casa, sin complicaciones, lactancia materna hasta el primer año de edad, a partir de ello alimentación complementaria y coladas. En cuanto a la marcha a los 9 meses empezó a caminar, mientras que controlaba sus esfínteres al año y medio, no recuerda cuales fueron sus primeras palabras ni a los cuantos meses empezó a balbucear, sin embargo, menciona que a partir del año y medio ya lograba comunicarse y ser entendido; mientras que a los 3 años inicio a ser más independiente para realizar ciertas actividades por sí solo, por ejemplo: vestirse.

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

El paciente refiere que se adaptaba rápidamente al nuevo ambiente escolar y a sus compañeros, durante la primaria mantuvo un buen rendimiento escolar, mientras que al entrar a la academia (donde se preparaba para mecánico automotriz) los dos primeros años mantuvo un buen promedio académico, decayendo el mismo en el último año puesto que, durante este periodo sus padres se separaron, no obstante, logró graduarse. Se tomó un año para retomar sus estudios, logrando obtener su título de bachiller. Su relación con sus amigos, compañeros y maestros era buena por lo que nunca tuvo inconvenientes con los mismos.

## **6.3.HISTORIA LABORAL**

Inicio a trabajar a los 16 años como mecánico durante 3 meses, pero renunció porque la paga no era “justa”. En lo posterior, se dedicó a trabajar en la finca de la madre, ayudándola en todas las actividades de la misma. Asimismo, expendió cannabis por 6 meses dejándolo porque era riesgoso para él y su familia, tiempo después terminando sus estudios se radicó en Sto. Domingo de los Tsáchilas donde trabajó como proxeneta, enamorándose de una de las chicas y decidieron en conjunto dejar “esa vida” regresando a Buena Fe dedicándose a realizar trabajos de agricultura, por su consumo había días que no asistía, a pesar de ello recuerda que su patrón le seguía dando oportunidades para que continúe laborando.

## **6.4.ADAPTACIÓN SOCIAL**

Menciona que no se le dificulta adaptarse a nuevos lugares, que siempre trata de ser prudente y acoger las reglas de los lugares a los que va, no obstante, estar “encerrado” no le gusta, asimismo al inicio no tuvo inconvenientes con sus compañeros, pero en las últimas dos semanas ha preferido aislarse para no discutir con ellos y tener problemas “ellos no me entienden o empiezan con sus comentarios absurdos (el hijo que va a tener tu mujer no es tuyo) eso me hace dar coraje”.

### **6.5.USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión. Deportes, intereses)**

Recuerda que en su tiempo libre le gustaba reunirse con sus amigos a jugar fútbol o disfrutaba de ayudar a su madre y esposa en los quehaceres domésticos. En el centro prefiere descansar “estar acostado” ya que no se siente interesado por las actividades que se realizan.

### **6.6.AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

Mantiene una unión libre, la relación con su pareja es buena, aunque por su consumo solían discutir regularmente. Inicio su vida sexual a los 16 años, en la actualidad no es sexualmente activo desde hace 1 meses, menciona no haber presentado ninguna dificultad de índole sexual.

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

Su consumo de sustancias psicoactivas desde los 14 años, en la actualidad no manifiesta tener algún hábito.

### **6.8.ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

Durante su consumo se alimentaba bien, menciona no haber dejado de comer por consumir o por falta de apetito, actualmente no tiene apetito. En cuanto al sueño menciona que muchas veces no dormía por estar consumiendo y que al día siguiente quería dormir todo el día y muchas veces lo hacía dejando de ir a trabajar esos días, en la actualidad presenta insomnio.

### **6.9.HISTORIA MEDICA**

Menciona no haber sido operado o haber presentado alguna enfermedad considerable, durante su consumo manifiesta haber tenido un accidente doméstico donde se cortó el tendón de Aquiles del pie izquierdo, sus últimos exámenes no muestran alguna enfermedad venérea o de otra índole.

## **6.10. HISTORIA LEGAL**

El paciente refiere que no ha tenido ninguna imputación legal a lo largo de su vida.

## **6.11. PROYECTO DE VIDA**

Manifiesta que quiere recuperarse para hacer las cosas mejor, pues desea trabajar para darle lo mejor a su madre, y a su familia, además desea ser un buen ejemplo para su hijo. Sueña con tener su propio negocio y estudiar para chef.

## **7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL**

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

Paciente de sexo masculino, de clase social media baja. La edad de la paciente corresponde con su aspecto físico (22 años), se autodefine como mestizo presentando cabello negro liso, ojos negros, contextura ectomorfa, estatura conforme a su edad; no presenta descuido en su aseo, pero si en su arreglo personal, su postura es correcta pies apoyados por completo en suelo, su expresión facial denota desánimo y tristeza, establece ligero contacto visual con la entrevistadora y el uso de muletillas fue constante. Se mostró colaborar durante la entrevista.

### **7.2. ORIENTACIÓN**

Se orienta en tiempo y espacio ya que, al preguntarle sobre el día, el año y el lugar en el que nos encontramos respondió de manera asertiva además reconoce y tiene orientación sobre su persona ya que su edad y sus nombres corresponden. No presenta ninguna alteración.

### **7.3. ATENCIÓN**

Distractividad por lo que en ocasiones se le volvía a preguntar.

### **7.4. MEMORIA**

No presenta ninguna alteración.

### **7.5.INTELIGENCIA**

Inteligencia promedio ya que, responde con un vocabulario acorde a su nivel de estudio y en concordancia a lo que se le preguntaba.

### **7.6.PENSAMIENTO**

Presenta abstracción selectiva, pensamiento perseverativo y estereotipado, ya que repetía sus ideas y pensamientos negativos en varias ocasiones.

### **7.7.LENGUAJE**

Presenta lenguaje coherente, y uso de muletillas.

### **7.8.PSICOMOTRICIDAD**

Movimiento fluido, en ocasiones estereotipado.

### **7.9.SENSOPERCEPCIÓN**

Sin alteración.

### **7.10. AFECTIVIDAD**

Presenta sentimientos de culpa, tristeza, preocupación, desanimo, vergüenza, preocupación e irritabilidad.

### **7.11. JUICIO DE LA REALIDAD**

Presenta un juicio debilitado, por ciertos trastornos emocionales transitorios debido a la culpabilidad que siente por la manera como trato a su madre, además de la preocupación que presenta por la asunción de un nuevo rol (padre).

### 7.12. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

Se encuentra en la etapa de contemplación según el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente, pues ha reflexionado sobre sus acciones durante su consumo y no quiere volverlo a hacer por él y su familia.

### 7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

El paciente refiere “para mí un suceso traumático fue la separación de mis padres, fue y es algo que aún no he podido superar”, además en su hogar presencié violencia intrafamiliar, tal es el caso que menciona una ocasión en la que su padre pretendía atacar a su madre con un arma y este término disparando en el suelo; no ha presentado ni ideas ni intentos de suicidio o alguna conducta auto-lesiva.

## 8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- **OMS ASSIST V3.0**

Requiere Tratamiento más intensivo en las siguientes sustancias: Tabaco (42), alcohol (27) y cocaína (42), mientras que para el cannabis (21) se necesita una intervención breve.

- **Test de MAYO**

Puntaje de 35 lo cual significa que no existen signos de deficiencia.

- **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)**

Puntaje de 21 lo cual refiere: estado de depresión moderada.

## 9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
<b>Cognitivo</b>	Distractividad, abstracción selectiva pensamiento perseverativo y distorsionado.	<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al</b>

<b>Afectivo</b>	Culpabilidad, tristeza, desanimado, anhedonia, preocupación, vergüenza e irritabilidad.	<b>uso de múltiples sustancias psicoactivas.</b>
<b>Conducta social - escolar</b>	Aislamiento	
<b>Somática</b>	Movimientos estereotipados, pérdida del apetito, insomnio.	

### **9.1.FACTORES PREDISPONENTES:**

- Padre consumidor y expendedor de cannabis.
- Violencia intrafamiliar de la cual fue víctima el paciente en su infancia y parte de su infancia por parte de su padre.
- Separación de sus padres.

### **9.2.EVENTO PRECIPITANTE:**

- Ausencia de sus padres.

### **9.3.TIEMPO DE EVOLUCIÓN: 8 años**

## **10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

CIE-10 F19.2 Síndrome de dependencia a múltiples sustancias.

## **11. PRONÓSTICO**

El pronóstico del paciente es de tipo reservado, por las cualidades del tratamiento en adicciones se desconoce si va a existir aceptación o negación al tratamiento.

## **12. RECOMENDACIONES**

- Terapia Cognitivo Conductual.
- Técnica de relajación progresiva de Jacobson.
- Terapia Sistémica Familiar.



### 13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgo	Meta terapéutica	Técnica	Número de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
<b>Síndrome de Dependencia de múltiples sustancias</b>	Que el paciente tenga conocimiento sobre su problemática de manera científica y acorde a su cultura.	Psicoeducación (Modelo Matrix)	1 sesión	12/07/2021	Se logró que el paciente conozca sobre los aspectos más importantes de su problemática.
Área conductual: <b>Aislamiento</b>	Que el paciente se integre a las actividades grupales de la institución.	*Programación de actividades *Técnica de dominio y agrado	2 sesiones	14/07/2021 16/07/2021	Se logró que el paciente se integre paulatinamente a las actividades de la institución.
Área cognitiva <b>Distorsión cognitiva:</b> <b>Personalización</b> <b>“Mi mamá está enferma por mi culpa”</b>	Que el paciente cambie su pensamiento negativo por uno alternativo	*Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos. *Clasificando el grado de emoción y el grado de creencia de un pensamiento. *Análisis de los costos y beneficios de un pensamiento.	3 sesiones	19/07/2021 21/07/2021 23/07/2021	Se logró que el paciente cambie su pensamiento negativo por uno alternativo

Distorsión cognitiva Adivinación del futuro: <b>“No seré un buen padre”</b>	Que el paciente cambie su pensamiento negativo por uno funcional y alternativo.	<b>Reestructuración cognitiva:</b> *Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos. *Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos. *Clasificando el grado de emoción y grado de creencia de un pensamiento. *examinando las evidencias. *Rol playing	5 sesiones	26/07/2021 28/07/2021 30/07/2021 2/08/2021 4/08/2021	Se logró que el paciente cambiará su pensamiento por uno más funcional.
Área somática: <b>Movimientos estereotipados, pérdida del apetito e insomnio.</b>	Que el paciente mejore y disminuya su sintomatología.	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	1 sesión	6/08/2021	Se logró que el paciente disminuya su sintomatología, mejorando en los aspectos antes descritos.

*Julissa Irujo*

Firma de la pasante

## Anexo B – Test OMS-ASSIST V3.0

OMS - ASSIST V3.0



### OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR  PAÍS   CLÍNICA

Nº PARTICIPANTE  FECHA

#### INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

**NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES**

#### Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez?</u> (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:  
"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.





## Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

**Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.**

**Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.**

## Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6





## Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

## Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8





Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

### Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

### Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3





**Pregunta 8**

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

**NOTA IMPORTANTE:**

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

**PATRÓN DE INYECCIÓN**

Una vez a la semana o menos  
o  
Menos de 3 días seguidos

**GUÍAS DE INTERVENCIÓN**

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"

Más de una vez a la semana o  
3 o más días seguidos

Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo \*

**CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.**

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como:  $P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c$

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como:  $P2a + P3a + P4a + P6a + P7a$

**EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA**

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco	42	0 - 3	4 - 26	27+
b. alcohol	27	0 - 10	11 - 26	27+
c. cannabis	21	0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaína	42	0 - 3	4 - 26	27+
e. anfetaminas	--	0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalantes	--	0 - 3	4 - 26	27+
g. sedantes	--	0 - 3	4 - 26	27+
h. alucinógenos	--	0 - 3	4 - 26	27+
i. opiáceos	--	0 - 3	4 - 26	27+
j. otras drogas	--	0 - 3	4 - 26	27+

**NOTA:** \*UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.



## Anexo C – Test de Mayo

### TEST DE MAYO (SE PUEDE APLICAR A PARTIR DE LOS 12 AÑOS)

#### I. ORIENTACIÓN (0-8) Se califica 1 punto por ítem

Calificación 8/8, 7/8, 6/8, 5/8, 4/8, 3/8, 2/8, 1/8 y 0/8.

##### ITEMS:

1. Dígame su nombre por favor: SN
2. ¿Cuál es la dirección en la que vive? Buena Fe
3. ¿Cómo se llama esta casa - este edificio - este hospital? Ciudad "Pa"
4. ¿Cómo se llama la ciudad en la que estamos viviendo? El Empalme
5. ¿Qué día de la semana es hoy? Lunes
6. ¿En qué fecha estamos? 5 de julio del 2021
7. ¿En qué mes estamos? Julio
8. ¿En qué año estamos? 2021

TOTAL: 8

#### II. ATENCIÓN: (0-7)

Repita en el mismo orden que yo le diga los siguientes números, califica 0 sino puede contestar los 3 primeros números dados por el examinador.

- |                  |                                |
|------------------|--------------------------------|
| 1. 5-8-2         | califica 3/7 si lo repite bien |
| 2. 6-4-3-1       | califica 4/7 si lo repite bien |
| 3. 4-2-7-3-1     | califica 5/7 si lo repite bien |
| 4. 5-9-1-7-4-2 * | califica 6/7 si lo repite bien |
| 5. 6-1-9-4-7-3-8 | califica 7/7 si lo repite bien |

TOTAL: 3

#### III. APRENDIZAJE (0 – 4) (Califica 1 punto por cada respuesta acertada)

-AL FINAL SE REPITE PARA CALIFICAR REAPRENDIZAJE-

Repita estas palabras que yo les digo, hasta lograr aprenderse de memoria (repetición 4 veces seguidas con ayuda del examinador y la 5ta vez, se califica) 1 punto por cada palabra, no importa en el orden que las diga:

1. Manzana ✓
2. Sr. Pérez ✓
3. Caridad ✓
4. Túnel ✓

Total: 4



#### IV. CÁLCULO

1. Multiplique  $13 \times 5$  (sin papel sino mental) 65
2. Ahora reste  $65 - 7$  58
3. Ahora quiero que divida  $58 : 2$  29
4. Ahora sume  $29 + 11$

En personas de bajo nivel escolar:

1.  $5 \times 2$
2.  $10 - 4$
3. Ahora divida  $6 : 2$
4. Suma  $3 + 3$

TOTAL: 8

#### V. ABSTRACCIÓN: (0-4) califica 1 punto por cada respuesta correcta

1. ¿En qué se parecen una naranja y un plátano, sin tomar en cuenta la forma, sino más bien otro tipo de atributos o cualidades que a los demás les sean comunes? ✓
2. ¿En qué se parece una carreta a una bicicleta? ✓
3. ¿En qué se parece una mesa y una silla? ✗
4. ¿En qué se parece un perro y un león?

TOTAL: 2

#### VI. INFORMACIÓN: (0-3) cada respuesta acertada califica 1 punto

1. ¿Cómo se llama nuestro Presidente de la República? – si no lo dice bien- usted deberá dar el nombre y calificar 0 ✓
2. Ahora que ya sabemos el nombre de nuestro Presidente deseo que recuerde el nombre del Presidente que estuvo antes que él. ✓
3. ¿Para qué nos sirve un termómetro? ✓

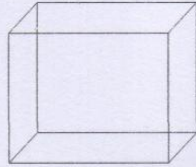
TOTAL: 3

#### VII. CONSTRUCCIÓN (PRAXIS): (0-4) cada respuesta positiva califica 1 punto

1. Dibuje un reloj y señale las 11h15 –se dará una hoja en blanco para que dibuje, se califica 0-1-2.

- 0 Sino corresponde  
1 Si dibuja la esfera y puso únicamente los números y al menos los principales.  
2 Si dibuja lo solicitado

2. Copie este dibujo por favor:



Se califica:

- 0 Sino hay los 3 parámetros ALTO - ANCHO - PROFUNDIDAD
- 1 Si al menos hay cuadrado con ángulos bien hechos.
- 2 Si cumple lo solicitado

TOTAL: 3

### VIII. REVOCACIÓN

Se solicita que repita las 4 palabras anteriormente memorizadas. 1 punto por cada respuesta adecuada.

TOTAL: 4

### CALIFICACIÓN FINAL:

ORIENTACIÓN	8
ATENCIÓN	7
APRENDIZAJE	4
CÁLCULO	4
ABSTRACCIÓN	4
INFORMACIÓN	3
CONSTRUCCIÓN	4
REAPRENDIZAJE	4
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>

8  
3  
8  
3  
2  
3  
3  
7

35 - No existen signos de deficiencia

**DIAGNÓSTICO:** De acuerdo a la tabla o baremo respectivo.

Nombres completos: SN

Edad: 22 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_

Psicólogo que evalúa: Julissa Murillo

Fecha y Lugar: 5/07/2021 / El Empalme

Julissa Murillo  
Firma



## Anexo D - Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

### (B.D.I) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE: SN .....  
FECHA: 5 de Julio del 2021 .....

1. En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos: A continuación, señale cuál de las afirmaciones, de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que esta a la izquierda de las afirmaciones que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay mas de una afirmación que considere aplicable a su caso márquela también, asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.
  
1. 0 No me siento triste  
① Me siento triste  
2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza  
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
  
2. 0 No me siento especialmente desanimado (S) ante el futuro  
① Me siento desanimado con respeto al futuro  
2 Siento que no tengo nada que esperar  
3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden mejorar
  
3. 0 No creo que sea un fracasado  
① Creo que e fracasado más que cualquier persona normal  
2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos  
3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona
  
4. 0 Obtengo tanta sastifación de las cosas como las que solía obtener antes  
① No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo  
2 Ya no obtengo una verdadera sastifación de nada  
3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo
  
5. 0 No me siento especialmente culpable  
1 Me siento culpable una buena parte del tiempo  
② Me siento bastante culpable casi siempre  
3 Me siento culpable siempre
  
6. 0 No creo que este siendo castigado  
① Creo que puedo ser castigado  
2 Espero ser castigado  
3 Creo que estoy siendo castigado
  
7. 0 No me siento decepcionado a mi mismo  
① Me he decepcionado a mi mismo

- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
  - 3 Me odio
- 8.0 No creo se peor que los demás
- 1 Me critico por mis debilidades y mis errores
  - 2 Me culpo siempre por mis errores
  - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede
- 9.0 No pienso matarme
- 1 Pienso en matarme, pero no lo haría
  - 2 Me gustaría matarme
  - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10.0 No lloro mas que de costumbre
- 1 Ahora lloro mas de lo que solía hacer
  - 2 Ahora lloro todo el tiempo
  - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera
- 11.0 Las cosas no me irritan mas que lo de costumbre
- 1 Las cosas me irritan un poco mas que lo de costumbre
  - 2 Estoy bastante irritado o afectado una buena parte del tiempo
  - 3 Ahora me siento irritado todo el tiempo
- 12.0 No he perdido el interés de otra persona
- 1 Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
  - 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas
  - 3 Ya no puedo tomar mis decisiones
- 13.0 Tomo decisiones casi como siempre
- 1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
  - 2 Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes
  - 3 Ya no puedo tomar más decisiones
- 14.0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
  - 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que hacen parecer poco Atractivo
  - 3 Creo que me veo feo
- 15.0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta mucho mas esfuerzo empezar a hacer algo
  - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
  - 3 No puedo trabajar en lo absoluto
- 16.0 Puedo dormir tan bien como siempre



- 1 No duermo también como solía hacerlo
  - 2 Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta Mucho volver a dormirme
  - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme
17.  0 No me canso más que de costumbre
- 1 Me canso mas fácilmente que de costumbre
  - 2 Me canso sin hacer casi nada
  - 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo
18.  0 Mi apetito no es peor que de costumbre
- 1 Mi apetito, no es tan bueno como solía ser
  - 2 Mi apetito esta mucho peor ahora
  - 3 Ya no tengo apetito
19.  0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo
- 1 He rebajado más de 2 kilos y medio
  - 2 He rebajado más de 5 kilos
  - 3 He rebajado más de 7 kilos y medios
20.  0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- 1 Estoy preocupado por problemas fisicos como, por ejemplo, dolores, molestias Estomacales, o estreñimientos
  - 2 Estoy muy preocupado por problemas fisicos y me resulta dificil pensar en Cualquier otra cosa
  - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas fisicos que no puedo pensar en ninguna Otra cosa
21.  0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
  - 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
  - 3 He perdido por completo el interés por el sexo

21 Puntos  
Depresión Moderada

## Anexo E – Fotografías

### Imagen 1

Aplicación de test psicométrico al sujeto de estudio del presente estudio de caso.



### Imagen 2

Tutoría virtual por parte del docente tutor Psic. Dennis Mauricio Jiménez Bonilla, Msc; para revisión del presente estudio de caso.

• Por último, se aplicó el **Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)**, en el cual se obtuvo un resultado de 21pts, es decir, su estado de depresión es moderado.

No obstante, es necesario desglosar la sintomatología actual del paciente de manera que haya mayor comprensión de la misma:

**Tabla 1**  
*Cuadro psicopatológico del paciente*

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
<b>Cognitivo</b>	Distractividad, abstracción selectiva, pensamiento	

Página 23 de 48 9833 palabras Español (Ecuador)