



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



**EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGO CLÍNICO**

PROBLEMA:

**DROGODEPENDENCIA Y SU EFECTO EN LOS PATRONES CONDUCTUALES
DE UN JOVEN DE 24 AÑOS DE EDAD DEL CANTÓN VENTANAS**

AUTOR:

RECALDE NAVEDA CARLOS VICENTE

TUTOR:

LIC. MORÁN BORJA LILA, MSC

BABAHOYO – 2023





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



Dedico la culminación de mi estudio de caso, principalmente a mi compañera de vida Mery Zuleycka Mendoza Mañay, mi pajarito precioso, quien con su comprensión, compañía, esfuerzos, amor y paciencia me acompañó y motivo durante mi proceso de formación profesional.

A mis padres, mis sobrinos, cuñado y en especial a mi hermana Flor Margarita Recalde Naveda, quien con su apoyo incondicional me motivo a retomar mis estudios universitarios.

Carlos Vicente Recalde Naveda





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



Agradezco a mi alma mater la Universidad Técnica de Babahoyo quien me abrió las puertas para convertirme en el profesional que ahora soy, también a todos mis docentes de la carrera, en especial a Msc. Nathaly Mendoza, Msc. Xavier Franco, mi tutora de estudio de caso Msc. Lila Moran, quienes con sus conocimientos me ayudaron a formarme profesionalmente.

A mi familia que me apoyo como toda familia amorosa lo haría, a mi grupo de tareas que con el pasar de los años se convirtieron en mis amigos, Génesis Indio, Odalis Guevara, Cesar Monar y mi comadre Amada Macias quien desde el pre universitario fue mi compañera en tareas.

Y un agradecimiento especial a mi compañera de vida Mery Zuleycka Mendoza Mañay, mi pajarito precioso, quien es y siempre será un pilar fundamental en mi vida, gracias por tu paciencia, tu esfuerzo, tu amor incondicional, y tu compañía en estos 5 años de formación profesional, nada de esto se hubiera logrado sin ti, te amo mi Hoothoot.

Carlos Vicente Recalde Naveda





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



El presente estudio de caso se realizó con el objetivo de identificar mediante técnicas de la terapia cognitivo conductual para determinar si la drogodependencia influye en los patrones conductuales de un joven de 24 años que asiste a consulta al hospital básico Dr. Jaime Roldós Aguilera del cantón Ventanas. De tal manera, la metodología utilizada en este trabajo está dirigida a la investigación científica de tipo mixta, donde se recopiló información de las variables: drogodependencia y patrones conductuales las cuales se encuentran expuestas en el presente estudio de caso, además se requirió el uso de diferentes técnicas de la terapia cognitivo conductual, las cuales permitieron que el objetivo planteado sea cumplido de manera óptima para posteriormente brindar la terapia correspondiente al paciente mediante un plan terapéutico el cual contempla un procedimiento en una Terapia Individual dirigida a modificar aquellas creencias que el paciente presentó durante la intervención psicológica, todo esto con la finalidad de que supere su problema y mejore su calidad de vida tanto personal como social.

Palabras clave: Drogodependencia - patrones conductuales - joven.



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



The present case study was carried out with the objective of identifying through cognitive behavioral therapy techniques to determine if drug dependence influences the behavioral patterns of a 24 year old young man who assists for consultation at the Dr. Jaime Roldós Aguilera basic hospital in the Ventanas canton. Thus, the methodology used in this work is aimed at scientific research of mixed type, where information was collected on the variables: drug dependence and behavioral patterns which are exposed in this case study, also required the use of different techniques of cognitive behavioral therapy, which allowed the objective to be fulfilled optimally to subsequently provide the corresponding therapy to the patient through a therapeutic plan which includes a procedure in an individual therapy aimed at modifying those beliefs that the patient presented during the psychological intervention, all this in order to overcome their problem and improve their quality of life both personally and socially.

Keywords: Drug dependence - behavioral patterns - young person.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| CARATULA | i |
| DEDICATORIA | II |
| AGRADECIMIENTO | III |
| RESUMEN | IV |
| ABSTRACT | V |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| DESARROLLO | 2 |
| JUSTIFICACIÓN | 2 |
| OBJETIVO | 2 |
| SUSTENTOS TEÓRICOS | 3 |
| TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | 11 |
| RESULTADOS OBTENIDOS | 13 |
| CONCLUSIONES | 19 |
| BIBLIOGRAFÍA | 21 |
| ANEXOS | 23 |

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 CUADRO PSICOPATOLÓGICO15
TABLA 2 ESQUEMA PSICOTERAPÉUTICO.....17

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso está orientado a comprobar como la drogodependencia influye en los patrones conductuales de un joven de 24 años del cantón Ventanas. Todo esto está dirigido mediante la implementación de una línea de investigación, que se dirige a la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y a su vez con una sub-línea de psicoterapia individuales y/o grupales.

La investigación realizada en este estudio de caso cita los principales aportes científicos a partir de las variables, drogodependencia y los patrones conductuales de un joven de 24 años, por lo tanto, este trabajo se orienta a identificar si el ya mencionado paciente manifiesta problemas conductuales por la dependencia a las drogas que este está presentando.

La exploración que se realizó en el presente estudio de caso tiene el afán de comprobar si la drogodependencia influye en los patrones conductuales de un joven de 24 años, todo esto se realizó mediante la indagación científica y terapéutica, con herramientas y técnicas psicológicas con el fin de evaluar y registrar aquellos factores de riesgo que hallemos en dichas variables.

Mediante el presente estudio de caso se pretende demostrar la fiabilidad y veracidad de los procesos psicoterapéuticos, estos ambientados al tratamiento de las conductas adictivas, estas conductas serán abordadas desde las terapias cognitivo conductuales, las cuales han demostrado una gran eficacia al tratar conductas adictivas.

La metodología ejecutada para el estudio de caso se basa en la investigación científica del tipo cualitativa sobre las variables, drogodependencia y los patrones conductuales de un joven de 24 años, el presente trabajo se sostiene debido a los aportes de los autores en la que se basó el sustento teórico y gracias a el compromiso del paciente, de igual manera, se empleó el uso de técnicas psicológicas para que el presente estudio cuente con la validez necesaria, técnicas como la entrevista inicial y semiestructurada.

En el presente estudio de caso se desarrolla de la siguiente manera: justificación, donde se plantean las preguntas que dan viabilidad al caso; los sustentos teóricos que fundamentan el estudio de caso; también mediante técnicas aplicadas en el estudio de caso; los resultados obtenidos de la intervención; a su vez este caso se complementa con la conclusión que su autor plantea; y por ultimo las bibliografías y anexos en donde se evidencia la investigación realizada y la labor práctica.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso tiene como título la drogodependencia y su incidencia en los patrones conductuales, el presente tema se escogió durante las prácticas pre-profesionales en el hospital básico Dr. Jaime Roldós Aguilera, debido a que la presencia de estos casos es muy frecuente en este centro de salud; este estudio de caso pretende hacer énfasis en cómo el consumo ilícito de sustancias estupefacientes genera una alteración en los patrones conductuales de un joven de 24 años de edad del cantón Ventanas, según la OMS en su informe mundial sobre las drogas 2022, “alrededor de 284 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas en todo el mundo en 2020”. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), 2022).

Los beneficiarios directos con el estudio de caso son: el paciente y sus familiares, debido a que el consumo de sustancias ilícitas ha alterado los patrones conductuales del paciente llevándolo a cometer actos antisociales, esta situación condujo a los familiares a llevarlo al centro de salud para empezar con su proceso de rehabilitación, partiendo de esta premisa es donde se logra entender la importancia de un correcto abordaje psicoterapéutico, donde su plan terapéutico se direcciona en el uso de técnicas cognitivo-conductual, las cuales supondrían una mejoría en sus patrones conductuales.

Los resultados obtenidos del presente aportan de manera trascendental al estudio y abordaje de pacientes con problemas conductuales debido al consumo de sustancias ilícitas, sirviendo como guía para el tratamiento de otros pacientes que sufran la misma problemática, y evidenciando la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales; la viabilidad del caso está basada en la realidad ecuatoriana y su historia con el consumo de sustancias debido a que es muy común ver cómo niños, adolescentes y adultos adquieren y consumen drogas deliberadamente; en cuanto a su factibilidad, este caso es posible ya que se cuenta con la autorización de los familiares, así mismo con la decisión libre y voluntaria del paciente que está motivado a dejar esta conducta dependiente.

OBJETIVO

Identificar el efecto de la drogodependencia en los patrones conductuales de un joven de 24 años de edad del cantón Ventanas, para establecer un plan psicoterapéutico que permitirá abandonar estas conductas adictivas, mejorando la calidad de vida del paciente.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Drogas

La OPS (2022) indica que “Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso para producir cambios en las funciones que regulan los pensamientos, las emociones y el comportamiento”; teniendo en cuenta a las drogas como un fenómeno social que va aumentando de manera sustancial.

Como concuerdan Domínguez, Simón y Minior (2019)

Las sustancias conocidas como drogas, ya sean de origen natural o sintético, pueden provocar cambios psicológicos, físicos y emocionales en quienes las consumen. Aunque algunas de estas sustancias son usadas con fines médicos y terapéuticos, su uso recreativo puede llevar a un consumo descontrolado y aumentar el riesgo de muerte por los efectos exponenciales que pueden causar (pág. 66).

Según Martí-Tusquets y Murcia, citado por Gastón (2020), “las drogas se definen como sustancias capaces de inducir cambios de comportamiento inmediatos y/o tardíos en la conducta. Suelen usarse, además de con fines recreativos, como una manera de crear una realidad alternativa que permita evitar los conflictos intra e interpersonales” (pág. 13).

Tipos de Drogas

Para Badia (2019), las sustancias psicoactivas, también conocidas como drogas, pueden ser clasificadas de varias maneras, dependiendo de diversos criterios, como su origen o procedencia, su estructura química, sus efectos en el comportamiento, su riesgo para la salud o su impacto en la sociedad.

La OMS ha establecido una clasificación propia para agrupar las sustancias en función de su efecto sobre el sistema nervioso central. Según esta clasificación, las drogas se dividen en tres categorías: depresoras, estimulantes y alucinógenas/psicodélicas. (Infodrogas, 2023)

- **Depresoras**

Las drogas depresoras son aquellas que reducen y retrasan la acción dentro del sistema nervioso central, generando alteraciones en la percepción y el juicio, y disminuyendo la capacidad de responder a estímulos del entorno. Entre los efectos que provocan estas drogas se encuentran la relajación, la apatía, la sensación de bienestar y disminuye la tensión. Según Infodrogas (2023), algunas de las sustancias que se clasifican como drogas depresoras incluyen alcohol, barbitúricos, tranquilizantes y derivados del opio, como morfina, codeína, heroína y metadona.

- ***Estimulantes***

Este tipo de sustancias aumentan la actividad dentro del sistema nervioso produciendo efectos como: euforia, pérdida de control emocional, desinhibición, agresividad, menor fatiga, inquietud, incremento de la actividad física y disminución del sueño. Según Infodrogas (2023) algunas de las drogas que pertenecen a esta categoría son: cocaína, estimulantes tipo anfetamínico y la mayoría de sustancias de síntesis y nuevas sustancias psicoactivas.

- ***Perturbadoras (alucinógenas/ psicodélicas)***

Las drogas perturbadoras, también denominadas como alucinógenas o psicodélicas, son un tipo de sustancias que afectan el sistema nervioso central y pueden producir alteraciones en la percepción, como alucinaciones, así como cambios en los procesos de pensamiento y en el estado de ánimo. Según Badia (2019), algunas de las drogas que pertenecen a esta categoría son el LSD, los alucinógenos, el cannabis, el MDMA y la ketamina.

Badia (2019) nos indican que existen otra clasificación de drogas establecida de manera popular, esta clasificación se basa en su percepción de impacto social, sanitario y peligrosidad, pero se debe considerar que esta clasificación no es la más adecuada ya que suele minimizar el riesgo de las mismas, este tipo de drogas son:

- ***Duras***

Estas drogas son consideradas peligrosas y tienen un impacto social y sanitario significativo a corto plazo, y muchas de ellas se adquieren ilegalmente y están sujetas a fiscalización. Este grupo incluye drogas como los psicofármacos, la heroína, la morfina, la cocaína, las anfetaminas, el MDMA o éxtasis, el LSD, las setas alucinógenas, el PCP, la ketamina, los barbitúricos y la metadona.

- ***Blandas***

Estas sustancias se conocen como drogas legalmente aceptadas debido a que son consideradas menos peligrosas y aceptadas socialmente, sin embargo, aún conllevan riesgos tanto para la salud como para la sociedad, que, aunque no causan dependencia física, pueden generar dependencia psicológica. Entre estas sustancias se encuentran: tabaco, alcohol, marihuana, hachís, esteroides anabolizantes, cafeína y popper.

¿Cómo actúan las drogas en nuestro organismo?

El NIDA, en su publicación "Drogas, cerebro y conducta: bases científicas de la adicción" (2020) brinda una explicación resumida de cómo estas sustancias interactúan con el sistema nervioso central y sus efectos en nuestro cuerpo, debido a que el uso de drogas afecta la comunicación y procesamiento de información entre neuronas mediante la alteración de los neurotransmisores. Ciertas sustancias, como: marihuana y heroína, son capaces de activar las neuronas debido a que se encuentran estructurado químicamente de forma similar a la de los neurotransmisores naturales del cuerpo. Sin embargo, por más que estas drogas imiten las sustancias químicas producidas por el cerebro, su acción sobre las neuronas no es la misma que con un neurotransmisor producido de forma natural, lo que puede resultar en la transmisión anormal de mensajes dentro del cerebro.

Dependencia

Se describe como un estado mental y físico que se produce cuando una sustancia interactúa con un organismo vivo, y se manifiesta mediante cambios en el comportamiento y la conducta. La característica distintiva de esta situación es el anhelo persistente de ingerir la sustancia para experimentar sus efectos psicológicos, y en ocasiones, para aliviar el malestar asociado con la abstinencia. (Infodrogas, 2023).

Drogo dependencia

De acuerdo con CIE 10, la drogo dependencia puede ser descrita por los siguientes criterios: a) una fuerte necesidad del uso de una sustancia, b) una disminución en la disposición para tener el control sobre su consumo, c) la aparición de síntomas de abstinencia, d) una mayor tolerancia a la sustancia, e) el abandono gradual de otras actividades placenteras, y un aumento en el tiempo necesario para obtener/ingerirla o para recuperarse de los efectos de la sustancia, y f) la persistencia en el consumo a pesar de sus obvias consecuencias negativas. Para identificar la presencia de drogo dependencia, se han establecido ciertos criterios que han sido sometidos a pruebas previas y, generalmente, se deben cumplir al menos tres de los siguientes criterios: tolerancia, una fuerte necesidad de ingerir la sustancia, síndrome de abstinencia, intentos fallidos por reducir o detener el consumo, uso prolongado o más frecuente de lo planeado, abandono de actividades importantes y el consumo continuo a pesar del conocimiento de sus efectos dañinos en la salud mental o psicológica. (Infodrogas, 2023)

Se han establecido criterios previamente probados para determinar si una persona sufre de problemas relacionados con las drogas, también conocido como drogo dependencia. En general, se requiere cumplir como mínimo tres de los criterios que presentan a continuación: (Infodrogas, 2023)

- Tolerancia: necesidad de una cantidad mayor de la sustancia para conseguir mismos resultados.
- Una fuerte necesidad de ingerir la sustancia.
- Abstinencia por dejar de consumir.
- Esfuerzos constantes, pero no exitosos para detener o dejar el uso.
- Consumo durante más tiempo o en dosis más altas de lo previsto.
- Abandono de actividades importantes de la vida cotidiana, como trabajo o familia.
- Continuar usando la sustancia pese a ser consciente de que puede causar o empeorar problemas psicológicos o psiquiátricos.

Conducta

De acuerdo con Unir (2022), la palabra "conducta" se origina del término latino "conductus", el cual se refiere a la acción de dirigir hacia algo o alguien. Por lo tanto, todas nuestras acciones pueden considerarse como conductas, ya sea caminar, tomar objetos, dormir o comunicarnos con los demás. Es imposible afirmar que los individuos no tienen conducta.

Se pueden identificar diferentes tipologías de conductas que influyen en nuestra inclinación hacia la realización de ciertas acciones, y modificarlas puede tener tanto efectos positivos como negativos en nuestras relaciones con los demás y en nuestra vida en general. Según Unir (2022), algunas de las conductas que existen son:

- Conducta innata: aquella que se encuentra determinada por nuestra información genética y que poseemos desde nuestro nacimiento.
- Conducta observable: aquella que es perceptible desde afuera.
- Conducta voluntaria: aquella que es realizada de forma consciente por el individuo.
- Conducta consumatoria: la que tiene un objetivo concreto.
- Conducta desadaptativa: es aquella que presenta dificultades en la adaptación del individuo a su medio ambiente.
- Conducta encubierta: que se refiere a pensamientos o emociones que no son visibles externamente.

También se consideró un tipo de conducta que no es mencionado en la anterior lista, pero varios autores la consideran en el momento de tratar individuos con adicciones, con el fin de explicar la predisposición que existe respecto al consumo de sustancias, nos referimos a las conductas adictivas, la cual detallaremos en el siguiente apartado.

Conductas adictivas

Según Fernández Ramon y Villamarín Susana (2021), citando a Heilig, no existe aún un acuerdo completo ni una definición operacional de las cualidades que presentan las conductas adictivas, ya sea que estén o no reconocidas en las actuales nosologías.

Consecuencias de las conductas adictivas y drogodependencia

El empleo de drogas puede generar diversos efectos agradables, estimulantes e incluso psicodélicos, sin embargo, también puede acarrear serias consecuencias tanto para la salud física como psicológica de los individuos que las consumen, así como para su interacción social. Es posible observar algunas de estas secuelas en aquellos que se han vuelto consumidores habituales de drogas, estas consecuencias son (Corbin, 2017):

- ***Alteración del humor***

El uso de drogas puede ocasionar cambios en el estado anímico, tanto a corto como a largo plazo. Los consumidores pueden experimentar cambios bruscos en su estado emocional, pasando de sentirse relajados a irritados y agresivos con frecuencia. Los efectos mencionados suelen ser más evidentes durante las primeras horas después del haber consumido la droga o cuando la persona experimenta un fuerte deseo de consumir (craving). Además, el consumo amplio de sustancias psicoactivas puede alterar la personalidad de algunas personas.

- ***Problemas familiares, en sus relaciones y sociales***

La frecuencia de los problemas familiares puede variar conforme el tipo de droga que se consuma, siendo poco probable que el tabaco cause la separación de una familia, pero sí otras sustancias como el alcohol o drogas más duras como la cocaína. Además, el consumo habitual de drogas puede conllevar problemas sociales como la pérdida de amistades y del trabajo, así como una disminución del interés en aficiones y actividades favoritas. Asimismo, la conducta de drogadicción puede tener un impacto económico negativo en la persona afectada.

- ***Adicción***

Es una de las posibles secuelas del uso de drogas, y se caracteriza por un deseo compulsivo de seguir consumiendo, incluso cuando el uso de la sustancia comienza a causar daños significativos. Las drogas afectan el área cerebral encargada de la recompensa, que se encarga de regular las conductas placenteras y motivadoras para la supervivencia, como las relaciones sexuales y la alimentación. En las drogas más fuertes, este sistema puede ser alterado de tal manera que la persona adicta esté

dispuesta a hacer cualquier cosa para obtener la droga, como hurtar u ofrecer favores sexuales a cambio de dinero o una dosis.

- ***Conductas antisociales***

El consumo abusivo de drogas puede llevar a los consumidores a dejar de disfrutar actividades que antes les gustaban y problemas en el lugar de trabajo, como un bajo rendimiento, hasta llegar al punto de ser despedidos. Específicamente, en los jóvenes, manifestándose como un bajo rendimiento académico e incluso en el abandono de la escuela.

- ***Aislamiento***

El empleo de drogas puede tener como resultado la desconexión social y emocional de los jóvenes con aquellos con quienes tienen vínculos significativos y ambiente laboral. Incluso en circunstancias graves, como en el uso de la heroína, el individuo puede llegar a aislarse completamente a nivel personal y social, descuidando su higiene y apariencia física. La droga puede tomar el control total de su vida, llegando a priorizar su consumo por encima de todo lo demás.

Motivación para el cambio

Montes de Oca, Salas y Segura, nos mencionan que cuando hablamos de cambio como parte de la conducta en el ser humano, “*se parte del hecho de que este va a estar determinado por su voluntad, aquello que nace como compromiso interno o personal, encaminado a la búsqueda de una necesidad en su propio beneficio*”. (Montes de Oca, Salas, & Segura, 2022)

Partiendo de esta postura, la motivación se puede considerar como la energía o la fuerza que nos mueve y que nos impulsa hacia un determinado comportamiento, por lo tanto, esta motivación se encuentra acompañada de una variedad de estímulos, factores, inclusive figuras afectivas o importantes en la vida de una persona. (Montes de Oca, Salas, & Segura, 2022)

De esta manera debes considerar que hay individuos que no cuentan de este estímulo podríamos decir primordial, hay que resaltar que esta motivación dirigida hacia el cambio no solo depende del individuo en cuestión, sino también de los factores circunstanciales que este está atravesando y lo rodean.

En el abordaje de individuos que presentan conductas adictivas es importante hacer hincapié en que este encuentre la motivación para empezar el cambio, lo cual nos asegura que el proceso de recuperación tenga más efectividad, siendo pues la motivación que este

encuentre un parte clave y fundamental para este proceso; debemos destacar que durante la adicción la persona va a tener ese deseo de dejar de consumir, por lo tanto trabajar en la motivación para impulsar ese deseo es otra pieza clave para abandonar esta conducta adictiva.

Según Miller, citado por Montes de Oca, Salas y Segura, “la motivación para el cambio es un componente clave al lidiar con el abuso de sustancias”. Además, tener una actitud positiva hacia estar comprometido con el cambio, se asocia con resultados de tratamiento positivos. (Montes de Oca, Salas, & Segura, 2022)

Modelo Transteórico del cambio

Según la cita de García (s.f) mencionada por Montes de Oca, Salas y Segura (2022), el modelo transteórico para el cambio indica que el desarrollo humano no sigue un camino lineal, sino más bien circular. De acuerdo con este modelo, las personas pueden experimentar distintas etapas en su proceso de cambio y, en algunos casos, pueden estancarse o retroceder.

Molina (2015) hace referencia al modelo que proponen Prochaska y DiClemente (1980) que describe seis etapas por las que puede pasar una persona durante un proceso de cambio. Este modelo, originalmente creado para abordar el tabaquismo, ha demostrado ser aplicable a cualquier tipo de cambio en el que una persona pueda estar trabajando, ya sea un cambio personal autónomo o con la ayuda de un terapeuta. La figura a continuación ilustra las seis etapas descritas por este modelo:

- **Pre-contemplación:** el paciente todavía no ha tomado conciencia de que tiene un problema o de que necesita hacer algún cambio en su vida. Debido a esto, es poco común que decidan buscar tratamiento de forma voluntaria.
- **Contemplación:** la persona percibe emociones encontradas y ambivalentes respecto al cambio. A pesar de ser consciente del problema, la persona sopesa los motivos para cambiar y los motivos para permanecer igual, lo que genera un equilibrio en la balanza.
- **Preparación:** se conoce como la etapa de "determinación", durante este periodo, la persona está altamente motivada para realizar el cambio y esto se presenta como una ventana de oportunidad para que el terapeuta sugiera el enfoque terapéutico más beneficioso. En caso de que la persona no avance hacia la etapa de "acción", es probable que retroceda a la etapa previa, es decir, la de contemplación.

- **Acción:** la persona se compromete en acciones concretas que lo llevarán hacia el cambio deseado, enfocándose en resolver el problema que desea cambiar.
- **Mantenimiento:** el objetivo principal es consolidar el cambio logrado durante la etapa de "acción" y prevenir la posibilidad de recaídas a largo plazo.
- **Recaída:** Después de haber cambiado o estar en proceso de cambio, la persona cae en el comportamiento problemático nuevamente. Como resultado, la persona puede regresar a una fase anterior del proceso, y es tarea del terapeuta motivar y apoyar a que el paciente pueda recuperarse lo más rápido posible y continuar avanzando hacia el cambio deseado.

Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo-conductual es una psicoterapia verbal común en la que trabajas con un profesional de la salud mental, como un psicoterapeuta o terapeuta, en un conjunto estructurado de sesiones limitadas. Se busca aumentar tu conciencia sobre tus patrones de pensamiento y enseñarte a responder de manera más constructiva para lograr una visión más clara de situaciones desafiantes y actuar ante ellas de manera efectiva. Se consigue mediante la identificación y trabajo sobre los pensamientos negativos o distorsionados (Mayo Clinic, 2021).

Asimismo, la terapia está orientada a enseñar al paciente a intervenir en sus pensamientos automáticos negativos, identificar la analogía entre cognición, emoción y conducta, identificar evidencias a favor y en contra de sus cogniciones distorsionadas, cambiar pensamientos irracionales por otros racionales y, finalmente, aprender a identificar y cambiar las creencias no realistas. (Mendoza, 2020)

Postura Psicológica

Tras aplicar los fundamentos teóricos en el estudio caso de previo a la obtención del título de psicología clínica, se pudo observar que la adicción a las drogas es un problema global que impacta múltiples áreas de la conducta humana, incluyendo lo laboral, educativo, social, económico y familiar, debido a que el informe de Unoc (2021) indica que más de 275 millones de personas en todo el mundo consumieron drogas en el último año, y que más de 36 millones de ellas experimentaron trastornos relacionados con su consumo.

Esta problemática se aborda desde la postura psicológica que se sustenta en como los individuos pueden cambiar estas conductas que causan malestar en las múltiples esferas de su vida, y brinda una esperanza y una guía que promete mejorar la calidad de vida de las personas que sufre esta problemática.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Observación directa

Desde el inicio de la consulta, se emplea esta técnica con el fin de recopilar información detallada acerca de la conducta del paciente en distintas áreas, tales como su comportamiento durante las sesiones, su lenguaje verbal y no verbal, así como su grado de compromiso y colaboración con la evaluación psicológica. Esto permite registrar de manera descriptiva la conducta del paciente y obtener una visión más completa de su estado psicológico. (Anexo 1)

Entrevista semiestructurada

En este estudio de caso, se utiliza una entrevista con el propósito de identificar los rasgos, signos y síntomas subyacentes en el paciente. Además, esta técnica permite establecer un modelo de conversación flexible entre el paciente y el profesional de la salud mental, lo que facilita la exploración del motivo de consulta. Asimismo, se utiliza la entrevista como una herramienta para establecer una relación terapéutica efectiva, ya que se considera el primer paso para crear un vínculo de confianza entre el paciente y el profesional. (Anexo 2)

Historia clínica

Se utiliza esta técnica como parte fundamental para realizar la recolección de datos del paciente del presente estudio de caso, se dio inicio registrando desde el motivo de consulta porque así sirve de recordatorio para futuras sesiones, o también en el caso de ser necesario derivar a otro especialista, en este documento se le pide al paciente completa honestidad al momento de propiciar la información y en caso de no recordar o desconocer a un familiar porque se necesitará tener información de temas importantes como la información personal del paciente, la historia del cuadro psicopatológico actual que presenta el paciente, la dinámica familiar, los antecedentes psicopatológicos familiares; la importancia porque sirve de apoyo para generar una hipótesis de un posible diagnóstico, la anamnesis del paciente; para averiguar cómo fue el proceso del individuo desde su proceso de gestación, indagación de los procesos cognitivos del paciente, el cuadro sindrómico de signos y síntomas, los factores predisponentes, factores precipitantes, evolución de la enfermedad y el diagnóstico estructural. (Anexo 3)

Pruebas psicológicas

Minimental

El nombre del test original es Mini-Mental State Examination (MMSE), y fue publicado por primera vez en una revista científica en 1975. El Dr. Marshall Folstein es el

autor principal de este test. Esta prueba nos permite evaluar la sospecha de síntomas de deterioro cognitivo o la demencia; consiste en la aplicación de una serie de preguntas y tareas aplicadas al paciente donde se evalúan sus procesos cognitivos, como: orientación espacio y tiempo; memoria inmediata y retención; concentración y memoria de trabajo; lenguaje; y praxis constructiva y gráfico. (Anexo 4)

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Esta prueba permite obtener información sobre el consumo de sustancias por parte del paciente durante los tres últimos meses, consiste en 8 preguntas que permiten valorar los siguientes ítems: el tipo de sustancia que consume; la frecuencia en que la consume; el deseo o ansias de consumirla; la frecuencia en que este consumo le causa problemas en su vida; la frecuencia con la que dejó de hacer las cosas que habitualmente hacía debido al consumo de sustancias; la preocupación por parte de amigos, familiares y alguna otra persona de su entorno social: los intentos por reducir el consumo de sustancias; y si alguna vez ha consumido drogas por vía inyecta. (Anexo 5)

Test de evaluación para el consumo de drogas (DAST-10)

El test fue desarrollado en 1991 por Bohn, Babor y Kranzler, y tiene como objetivo detectar problemas relacionados con el abuso de drogas. Proporciona un índice cuantitativo que mide la gravedad de los problemas o consecuencias asociados con el abuso de drogas. El test es breve, tardando aproximadamente 5 minutos en completarse, y consta de un grupo de 10 preguntas que indagan sobre el potencial uso de drogas, excluyendo el alcohol y el tabaco, durante los últimos 12 meses. (Anexo 6)

Escala de evaluación del cambio, universidad de Rhode Island (URICA)

En 1983, McConaughy, Prochaska y Velicer crearon un cuestionario compuesto por 32 ítems que ofrece puntuaciones en cuatro escalas. Cada una de estas escalas está relacionada con los distintos estadios de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Las frases incluidas en cada escala describen las posibles emociones que una persona puede experimentar al iniciar un tratamiento o al abordar un problema en su vida diaria. (Anexo 7)

Técnicas cognitivo conductuales

Psicoeducación, como los pensamientos crean sentimientos, clasificando el grado de emoción de creencias en un pensamiento, análisis costo – beneficio de un pensamiento, identificación de metas a corto y largo plazo, y la técnica de las profecías autocumplidas.

RESULTADOS OBTENIDOS

Primera Sesión 27/09/2022 Hora de atención 14:20 p.m.

El paciente asiste a consulta acompañado de su abuela, refiere que consume sustancias, principalmente opioide conocido como “H”, ingreso a emergencias debido a mialgias, escalofríos, pensamiento delirante, problemas para dormir, y sueño, refiere un nivel de tolerancia de 7 fundas diarias, actualmente no ha consumido en las últimas 24 horas, no trabaja, presenta problemas conductuales donde se muestra irritable la mayor parte del día, cuando no tiene para consumir suele pedirle a su madre y gasta lo poco que gana cuando trabaja de manera ocasional, siente desesperación por no saber que más hacer con su vida, frecuenta zonas de bandas porque pretende pertenecer a ella debido a que su situación económica no es favorable y refiere no saber dónde más conseguir trabajo.

Joven proviene de un hogar disfuncional (falta de normas, límites y padres separados), ausencia de padres, es hijo único, actualmente vive con su abuela materna y su madre, teniendo visitas esporádicamente de su padre. Paciente menciona que la relación con su padre no es buena, tiene una pareja con la cual no convive, pero tiene un hijo de actualmente 1 año de edad, pareja con la cual presenta problemas lo cual, el menciona, aumenta su consumo de sustancias.

Joven vestido acorde a edad y sexo, limpio y bien presentado, se muestra con una postura corporal encorvada, al inicio se mostró algo temeroso pero colaborador con la entrevista, conforme seguía la entrevista empezó a tener más confianza para hablar, su tono de voz es fue bajo al inicio luego mejoro conforme gano confianza, mostraba vergüenza al hablar sobre su estado debido a lo que estaba pasando ahora, su semblante se mantuvo atento durante toda la entrevista, presenta conducta ansiosa ya que se mantenía con los brazos cruzados debido a la abstinencia que padecía, movimiento de piernas inquieto, Por su parte a nivel afectivo muestra culpa y vergüenza, refería que nadie lo comprende.

Segunda Sesión 04/10/2022 Hora de atención 10:30 a.m.

En cuanto a la historia y evolución del síntoma, inicia el consumo con marihuana a los 17 años, por curiosidad e influencia de los amigos, lo hizo una sola vez y luego de una semana menciona haberlo hecho por segunda vez, sintiendo por primera vez relajación, posteriormente a la edad de 21 años el joven menciona que empezó a consumir “h” y también empezó a frecuentar lugares donde se reúnen bandas con la finalidad de pertenecer a una de ellas ya que en sus palabras: “ahí si hago unas vueltas me pagan para darle a mi ñora y mi hijo y poder pagarme mi vicio”.

En esta sesión también se evaluó el estado mental del paciente mediante la observación y escucha activa, además se procedió a la aplicación de dos pruebas, “Minimental” y “ASSIST”, el primero para evaluar su estado mental y el segundo para medir el nivel de riesgo relacionado con la sustancia que consume.

Tercera Sesión 10/10/2022 Hora de atención 11:15 a.m.

En esta sesión se trabajó con el paciente la psicoeducación, a su vez se aplicaron las pruebas: “Test de evaluación para el consumo de drogas (DAST-10)” y la “Escala de evaluación del cambio, universidad de Rhode Island (URICA)” permitió evaluar en que estadio del cambio se encuentra el paciente, y poder trabajar en base a los resultados obtenidos; también con ayuda de su abuela a la cual se le pidió asistir a consulta, se procedió al llenado de historia clínica, para poder conocer los antecedentes patológicos del paciente, y la realización de su genograma; y se trabajó la técnica como los pensamientos crean sentimientos para explicar el modelo cognitivo.

Cuarta Sesión 17/10/2022 Hora de atención 10:00 a.m.

En esta cuarta sesión se trabajó con la técnica clasificando el grado de emoción de creencias en un pensamiento de la terapia cognitivo conductual, con esta técnica mediremos el grado de emoción que presenta el paciente en los pensamientos distorsionados acerca del consumo de sustancia debido a sus problemas de pareja, familiares y económicos que actualmente presenta.

Quinta Sesión 24/10/2021 Hora de atención 13:45 p.m.

En esta quinta sesión se trabajó con la técnica análisis costo – beneficio de un pensamiento de la terapia cognitivo conductual para analizar las consecuencias positivas y negativas de mantener esta conducta adictiva con el fin de que el paciente pueda elegir entre seguir atrapado en esta conducta o reemplazarla por otra.

Sexta Sesión 31/10/2022 Hora de atención 11:30 a.m.

En esta sexta sesión se trabajó con la técnica identificación de metas a corto y largo plazo de la terapia cognitivo conductual, esta tiene la finalidad de instruir al paciente y entrenarlo en diferenciar en cambiar su enfoque sesgado desde las metas a corto plazo hacia las metas a largo plazo.

Séptima Sesión 07/11/2022 Hora de atención 09:15 a.m.

En esta última sesión se trabajó con el paciente la técnica de las profecías autocumplida, esta técnica tiene la finalidad de que el paciente pueda enfrentar y detener esos pensamientos que le generan ansiedad respecto a tener miedo de volver a frecuentar los lugares donde encuentra trabajo fácil y la ansiedad por volver a consumir.

Situaciones Detectas

Mediante la recolección de datos de identifica que el joven proviene de un hogar disfuncional (falta de normas, límites y padres separados), ausencia de padres, es hijo único, actualmente vive con su abuela materna y su madre, teniendo visitas esporádicamente de su padre. Paciente menciona que la relación con su padre no es buena, tiene una pareja con la cual no convive, pero tiene un hijo de actualmente 1 año de edad, pareja con la cual presenta problemas lo cual, el menciona, aumenta su consumo de sustancias. En cuanto a la relación con la familia se vuelve conflictiva, principalmente su pareja (volviéndose agresivo, e incumple con sus responsabilidades paternas) esto a causa del consumo progresivo de alcohol, opioides conocido como “h” y tabaco.

Mediante la técnica de clasificando el grado de emoción de creencias en un pensamiento se identifica los siguientes pensamientos: “si me drogo me olvido de que mis problemas económicos y de pareja”, “nadie me comprende y me da vergüenza contar mis problemas por pienso que son mi culpa”, “frecuento lugares donde se reúnen bandas porque ahí si hago unas vueltas me pagan para darle a mi ñora y mi hijo y poder pagarme mi vicio”.

Empleando la observación directa se evidencia que el joven esta vestido acorde a edad y sexo, limpio y bien presentado, se muestra con una postura corporal encorvada, complexión ectomorfo, su lenguaje es característico del que se emplea en la calle, al inicio se mostró pero colaborador con la entrevista, pero conforme seguía la entrevista empezó a tener más confianza para hablar, su tono de voz es fue bajo al inicio luego mejoro conforme gano confianza, su semblante se mantuvo atento durante toda la entrevista, presenta conducta ansiosa ya que se mantenía con los brazos cruzados debido a la abstinencia que padecía y movimiento de piernas inquieto.

Tabla 1 Cuadro psicopatológico

| Función | Signos y síntomas | Síndrome |
|------------------|--------------------------|--|
| Cognitivo | ◦ Amnesia retrograda | |
| Afectivo | ◦ Soledad | Trastorno por consumo de opiáceos moderado |
| | ◦ Culpa | |
| | ◦ Vergüenza | |
| | ◦ Autocrítica, | |

| | |
|--------------------------|---|
| Pensamiento | ◦ Dificultad para evaluar los riesgos benéficos de una decisión o falacia de predicción |
| | ◦ Pensamiento dicotómico. |
| Conducta: | ◦ Pocas habilidades asertivas |
| Social – familiar | ◦ Agresividad |
| Somática | ◦ Síndrome de abstinencia |

Nota. Sintomatología del paciente, extraída del anexo 3

Resultados de los test aplicados

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Resultado, 12pts MODERADO en Tabaco, 31pts ALTO en Alcohol, 30pts ALTO en Cannabis, 8pts MODERADO en Cocaína, 0pts BAJO en Inhalantes, 36pts ALTO en Opiáceos, lo que indica que su patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.

Mini Mental

Resultado, 29pts, ausencia de deterioro cognitivo

Test de evaluación para el consumo de drogas (DAST-10)

Resultado 8pts, el cual lo ubica en la zona de uso IV – Severo, lo cual significa un riesgo de problemas de salud relacionados con el consumo de drogas y un posible trastorno moderado o grave por consumo de sustancias.

Escala de evaluación del cambio, universidad de Rhode Island (URICA)

Resultados fueron; 15pts en el estadio de precontemplación, 30pts en el estadio de contemplación, 26pts en el estadio de acción, y 16pts en el estadio de mantenimiento, lo cual indica que el paciente se encuentra en el estadio de contemplación para un cambio en su conducta.

Diagnostico obtenido

Considerando la intervención psicológica que se realizó en las 7 sesiones se confirma un diagnóstico para trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de opioides: en la actualidad en abstinencia. (F11.20).

Soluciones planteadas

Tabla 2 Esquema psicoterapéutico.

| HALLAZGOS | META TERAPÉUTICA | TÉCNICA | NÚMERO DE SESIONES | FECHA | RESULTADOS OBTENIDOS |
|--|--|---|--------------------|--------------------------------|--|
| COGNITIVO - Amnesia retrograda SOMÁTICA - Síndrome de abstinencia | Informa al paciente sobre las características del trastorno que padece y las consecuencias de su conducta, e identificar como sus pensamientos son los que generan malestar. | - Psicoeducación - Como los pensamientos crean sentimientos. | 1 | 10/10/2022 | El paciente logro comprender el trastorno que padece y sus consecuencias, también la relación entre pensamientos y sentimientos. |
| PENSAMIENTO - Autocrítica, - Dificultad para evaluar los riesgos benéficos de una decisión o falacia de predicción - Pensamiento dicotómico. | - Crear en el paciente un control cognitivo de sus pensamientos centrales. - Evaluar los costos y beneficios de mantener este pensamiento, | - clasificando el grado de emoción de creencias en un pensamiento - Análisis costo – beneficio | 2 | 17/10/2022 <hr/> 24/10/2022 | Paciente identifica los pensamientos automáticos y comprende las consecuencias y repercusiones de su pensamiento. |

“sí me drogo me olvido de que mis problemas económicos y de pareja”

AFECTIVO

- **Soledad**
- **Culpa**
- Vergüenza

“nadie me comprende y me da vergüenza contar mis problemas por pienso que son mi culpa”

| | | | | | |
|--|---|---|----------|------------|---|
| CONDUCTA | - Identificar metas a largo plazo para reducir el consumo y la acción de frecuentar lugares peligrosos para conseguir dinero. | - identificación de metas a corto y largo plazo | 2 | 31/10/2021 | Paciente logra identificar alternativas más saludables que no impliquen riesgos físicos y mentales. |
| - Falta de habilidades asertivas | - Agresividad | - profecías autocumplidas | | 07/11/2022 | Paciente identifica los pensamientos negativos que conllevan a situaciones difíciles que aumentan el riesgo de recaída. |
| “frecuento lugares donde se reúnen bandas porque ahí si hago unas vueltas me pagan para darle a mi ñora y mi hijo y poder pagarme mi vicio”. | - Cambiar pensamientos negativos y establecer expectativas más realistas, para reducir la probabilidad recaída. | | | | |

Nota. Técnicas aplicadas para el abordaje psicoterapéutico, extraída del anexo 3

CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada para las dos variables que forman este estudio de caso, se pudo determinar como la drogodependencia tienen un efecto en los patrones conductuales de un joven de 24 años de edad, para llegar a esta conclusión se empleó una serie de diversos métodos y técnicas como: la entrevista clínica, la historia clínica, las pruebas psicológicas como: “minimal”, “test de dependencia ASSISTS”, “test de evaluación para el consumo de drogas (DAST-10), “escala de evaluación del cambio, universidad de Rhode Island (URICA)”); estas herramientas nos ayudaron a encontrar información útil y viable para la preparación de un diagnóstico estructural del paciente el cual determinamos como F11.20 basándonos en la codificación del CIE-10 el cual corresponde a trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de opioides: en la actualidad en abstinencia.

En cuanto a las situaciones detectadas de la intervención psicológica ejecutada, se puede concluir que existe una relación en base a los aportes del sustento teórico el cual confirma la influencia del consumo de drogas en el desenvolvimiento social del joven de 24 años, todo esto se puede ver reflejado en los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas las cuales confirman la correlación de la intervención y los aportes de los autores.

Se presenta en el paciente un cuadro psicopatológico de: ansiedad, fatiga, sudoración, vómitos, depresión, convulsiones y alucinaciones, es causado por el estado de abstinencia en el que se encuentra el paciente, estado inducido por elección propia debido ya que se encontraba motivado para dejar de consumir, esta automotivación es fundamental para los pacientes consumidores debido a que el proceso es difícil de sobrellevar y encontrarse predispuesto nos asegura que el proceso de recuperación tenga más efectividad, por lo que esto fue una parte clave y fundamental para este proceso.

El paciente presento conductas agresivas debido a que el consumo de sustancias ilícitas ha alterado sus patrones conductuales llevándolo a cometer actos antisociales y frecuentar lugares donde estos actos son elaborados, problemas familiares, esta situación condujo a los familiares a llevarlo al centro de salud para empezar con su proceso de rehabilitación, partiendo de esta premisa es donde se logra entender la importancia de un correcto abordaje psicoterapéutico.

Para trabajar con el paciente y su motivación para realizar un cambio en su conducta causado por su extensa exposición a el consumo de sustancias ilícitas, se consideró trabajar con el modelo

transteórico del cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente, este modelo nos permite comprender que el proceso de rehabilitación de conductas adictivas no es lineal, sino más bien, circular, debido a que durante el proceso se atraviesan diversas fases e inclusive se puede llegar estancamiento o el retroceso de las mismas.

Por lo tanto, resulto conveniente utilizar el enfoque de la terapia cognitivo-conductual, enfoque que ha demostrado conseguir resultados favorables para la intervención de pacientes con patrones de comportamiento alterados, se trabajó con las técnicas de terapia cognitivo conductual, como: clasificando el grado de emoción de creencias en un pensamiento, explicar la diferenciación de eventos, pensamientos y sentimientos, análisis costo – beneficio de un pensamiento, identificación de metas a corto y largo plazo, y finalmente para evitar las posibles recaídas se empleó la técnica de la profecías autocumplidas; técnicas empleadas en base a los hallazgos encontrados en las áreas afectadas, como: área cognitiva, afectivo, conductual y somática.

RECOMENDACIONES

Se recomienda un monitoreo mensual del estado del paciente, para medir su motivación y mantenimiento para el proceso de cambio; también la elaboración de un plan de vida que permita solventar las carencias económicas y sociales que presenta el paciente en consulta; a su vez impartir psicoeducación a los familiares más cercanos con la finalidad de comprender esta nueva situación que el paciente está afrontando, y puedan ser un red de apoyo durante este proceso de cambio; acudir a terapia de familia ambientada a su relación de pareja con el fin de trabajar las situaciones problemas que generan desesperación y estrés en su núcleo familiar

Por otra parte, se recomienda a la institución brindar charlas sobre temáticas relacionadas al consumo de drogas y su influencia en el desenvolvimiento social, con la finalidad de prevenir futuras adicciones en la población infantil y juvenil ya que son los grupos más vulnerables de la sociedad.

Para concluir se recomienda que el plan terapéutico del presente estudio de caso sea una guía en intervenciones futuras, debido a que cuenta con las bases científicas y prácticas de la terapia cognitivo conductual la cual se encamino a la evaluación y tratamiento de la drogodependencia y su efecto en los patrones conductuales de un joven de 24 años que asiste a consulta al hospital básico Dr. Jaime Roldós Aguilera del cantón Ventanas, también se invita a la institución a mantener las puertas abiertas a estudiantes que requieran hacer sus prácticas preprofesionales, porque se ha demostrado como la práctica es una base fundamental para la aplicación de los conocimientos adquiridos en el salón de clases.

BIBLIOGRAFÍA

- Badia, A. (2019). *Psicología Online*. Obtenido de Clasificación de las drogas - OMS y sus efectos: https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html#anchor_1
- Corbin, J. (2017). *Psicología y mente*. Obtenido de 15 consecuencias del consumo de drogas (en tu mente y en tu organismo): <https://psicologiymente.com/drogas/consecuencias-consumo-drogas>
- Fernández, R., & Villamarín, S. (2021). *Libro blanco de salud mental infanto-juvenil* (Vol. 1). (R. Fernández, & S. Villamarín, Edits.) España: Consejo general de la psicología de España. Obtenido de https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal_social/index/assoc/varis038/6.dir/varis0386.pdf#page=42
- Gastón, A. (2020). Patología dual: drogodependencia y depresión. *Apuntes de Psicología*, 38(1), 13. Obtenido de <https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/851/550>
- Infodrogas. (2023). *Infodrogas*. Obtenido de Qué son las drogas - Clasificación: <https://www.infodrogas.org/drogas?start=1>
- Infodrogas. (2023). *Infodrogas*. Obtenido de Qué son las drogas - Tolerancia, dependencia...: <https://www.infodrogas.org/drogas?start=3>
- Mayo Clinic. (29 de 06 de 2021). *Mayo Clinic*. Obtenido de Terapia cognitivo conductual: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610>
- Mendoza, I. (2020). *Repositorio Universidad peruana Cayetano Heredia*. Obtenido de TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL:: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf?sequence=1
- Minor, M., Dominguez, F., & Simón, J. (2019). Salud mental y drogas. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(12), 66. Obtenido de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/4307>
- Molina, J. (2015). *TEJEDOR DE HISTORIAS*. Obtenido de LAS FASES DEL CAMBIO: EL MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE:

<https://tejedordehistorias.wordpress.com/2015/12/10/las-fases-del-cambio-el-modelo-transteorico-de-prochaska-y-diclemente/>

Montes de Oca, K., Salas, D., & Segura, M. (2022). La motivación para el cambio en habitantes de la calle con conductas adictivas desde el Modelo Transteórico. *Revista REDpensa*, 11(1), 1-11. Obtenido de <https://ojs.redpensar.ulasalle.ac.cr/index.php/redpensar/article/view/230/221>

NIDA. (07 de 2020). Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción. *National institute on drug abuse*, 16. Obtenido de Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción: https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (27 de 06 de 2022). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la UNODC destaca las tendencias del cannabis posteriores a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes*. Obtenido de Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Abuso de sustancias: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Unir. (2022). *¿Cuál es la diferencia entre conducta y comportamiento?* doi:<https://www.unir.net/salud/revista/diferencia-entre-conducta-y-comportamiento/>

Unoc. (2021). *Unoc*. Obtenido de Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras los jóvenes subestiman los peligros del cannabis: <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>



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



Anexo #1

FICHA DE OBSERVACIÓN CLINICA

MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

NOMBRE: D.I.M.R

SEXO: Masculino

EDAD: 24 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Ventanas, 23/07/1999

INSTRUCCIÓN: Bachiller

TIEMPO DE OBSERVACIÓN: **MINUTOS:** 40

HORA DE INICIO: 14:20 **HORA FINAL:** 15:00

FECHA: 27/09/2022

TIPO DE OBSERVACIÓN: Observación directa

NOMBRE DEL OBSERVADOR: Carlos Vicente Recalde Naveda

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

2.1 DESCRIPCIÓN DE LA VESTIMENTA

Paciente acude a consulta vestido acorde a edad y sexo, limpio y bien presentado, pantalón jean, camiseta, zapatos deportivos, biotipo ectomorfo, etnia mestiza, tez morena.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE

La consulta se lleva a cabo en el consultorio de psicología del hospital básico Dr. Jaime Roldós Aguilera, el cual cuenta con el espacio adecuado para la consulta.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

Al inicio se mostró algo temeroso pero colaborador con la entrevista, conforme seguía la entrevista empezó a tener más confianza para hablar, su tono de voz es fue bajo al inicio luego mejoro conforme gano confianza, mostraba vergüenza al hablar sobre su estado debido a lo que estaba pasando ahora, su semblante se mantuvo atento durante toda la entrevista, presenta conducta ansiosa ya que se mantenía con los brazos cruzados debido a la abstinencia que padecía, movimiento de piernas inquieto.

III. COMENTARIO

Se acordó realizar una interconsulta con un médico para que le recete medicina para combatir los síntomas de la abstinencia, y también se acordó la fecha de la siguiente sesión.

Anexo #2





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



Entrevista Semiestructurada

T: Buenas tardes, soy Carlos Recalde, me encuentro haciendo las practicas preprofesionales den este centro de salud, y hoy seré su psicólogo.

Abuela y paciente: Hola

T: Cuéntenme, cual es el problema que los trajo por aquí el día de hoy.

Abuela del paciente: Doctor, vengo con este muchacho porque consume esa h, ahorita lo traigo de emergencia porque tiene escalofríos, fiebre, y no ha podido dormir toda la noche por eso mismo, yo ya no se que hacer, quisiera encerrarlo para que deje eso, pero él me dice que ya quiere dejar de consumir por si mismo, pero con ese malestar me ha tenido en vela toda la noche, créame doctor que ya es el colmo, todo lo que gana se lo gasta en consumir esa porquería, ahora ultimo ha empezado a ir allá por las palmeras donde se reúnen esas bandas, y si s ele dice algo se pone bravo.

T: ¿El aún vive con usted?

Abuela del paciente: si doctor, aún vive con nosotros, conmigo y su madre,

T: Entiendo, le voy a pedir que nos espere un momento afuera para poder hablar con él ¿le parece?

Abuela del paciente: está bien doctor, aquí te quedas y le respondes a todo lo que te pregunte.

T: ¿me ayudas con tu nombre?

P: D.I.M.R

T: ¿Cuánto es lo máximo que has llegado a consumir?

P: 7 fundas, pero ya no me hacen nada

T: ¿Cuándo fue la última vez que consumiste?

P: ya tengo un día sin consumir nada

T: ¿trabajas?

P: sí.

T: ¿Qué haces con el dinero que ganas?

P: algo le paso a mi ñora, y lo demás me lo fumo

T: ¿tienes esposa?

P: Tenia.

T: ¿Por qué ya no están juntos?

P: se fue porque dijo que no quiere que mi hijo se crie con alguien que se destruye la vida fumando

T: ¿Tienes hijos?

P: solo 1.

T: ¿actualmente con quien vives?

P: con mi mamá y mi abuela

T: ¿Dónde está tu papá?





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



P: ese viejo borracho me dejo botado con mi mamá cuando era chiquito, a veces me visita, pero yo no le paro mucha bola

T: ¿Tu relación con tu padre no es buena?

P: no.

T: ¿tu mamá te ha mencionado algo por tu consumo?

P: si me ha hablado cuando le pido plata, me dice que, si es para fumar, y yo le digo que no, pero si me fumo la plata que me da.

T: ¿eso cómo te hace sentir?

P: me da vergüenza, porque ella confía en que no estoy fumando y yo si me lo fumo.

T: tu abuela me mencionaba que frecuentas lugares donde se reúnen bandas, ¿Es cierto eso?

P: Si

T: ¿Desde cuándo los frecuentas?

P: ya vara para un parde años, cuando empezó a consumir h, ahí fue donde probe, y como me daban camello de vez en cuando, les se caer por allá.

T: ¿Por qué empezaste a fumar h?

P: porque a veces me siento solo, y cuando tengo problemas con mi abuela, y mi ñora.

T: ¿has tenido ganas de dejar de consumir?

P: si, pero no quiero que me encierren, por eso vine con mi abuela hoy.





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



Anexo #3

HISTORIA CLÍNICA

HC# _____

FECHA: 23/11/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

D.I.M. R _____ Edad: 24 años

Lugar y fecha de nacimiento: Ventanas, 23/07/1999

Género: Masculino Estado civil: Soltero Religión: Católico

Instrucción: Bachiller Ocupación: estudiante

Dirección: Cdla: La Gloria Teléfono: XXXXXXXXXX

Remitente: Emergencia

2. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente asiste a consulta acompañado de su abuela, refiere que consume sustancias, principalmente opioide conocido como "H", ingreso a emergencias debido a mialgias, escalofríos, pensamiento delirante, problemas para dormir, y sueño, refiere un nivel de tolerancia de 7 fundas diarias, actualmente no ha consumido en las últimas 24 horas

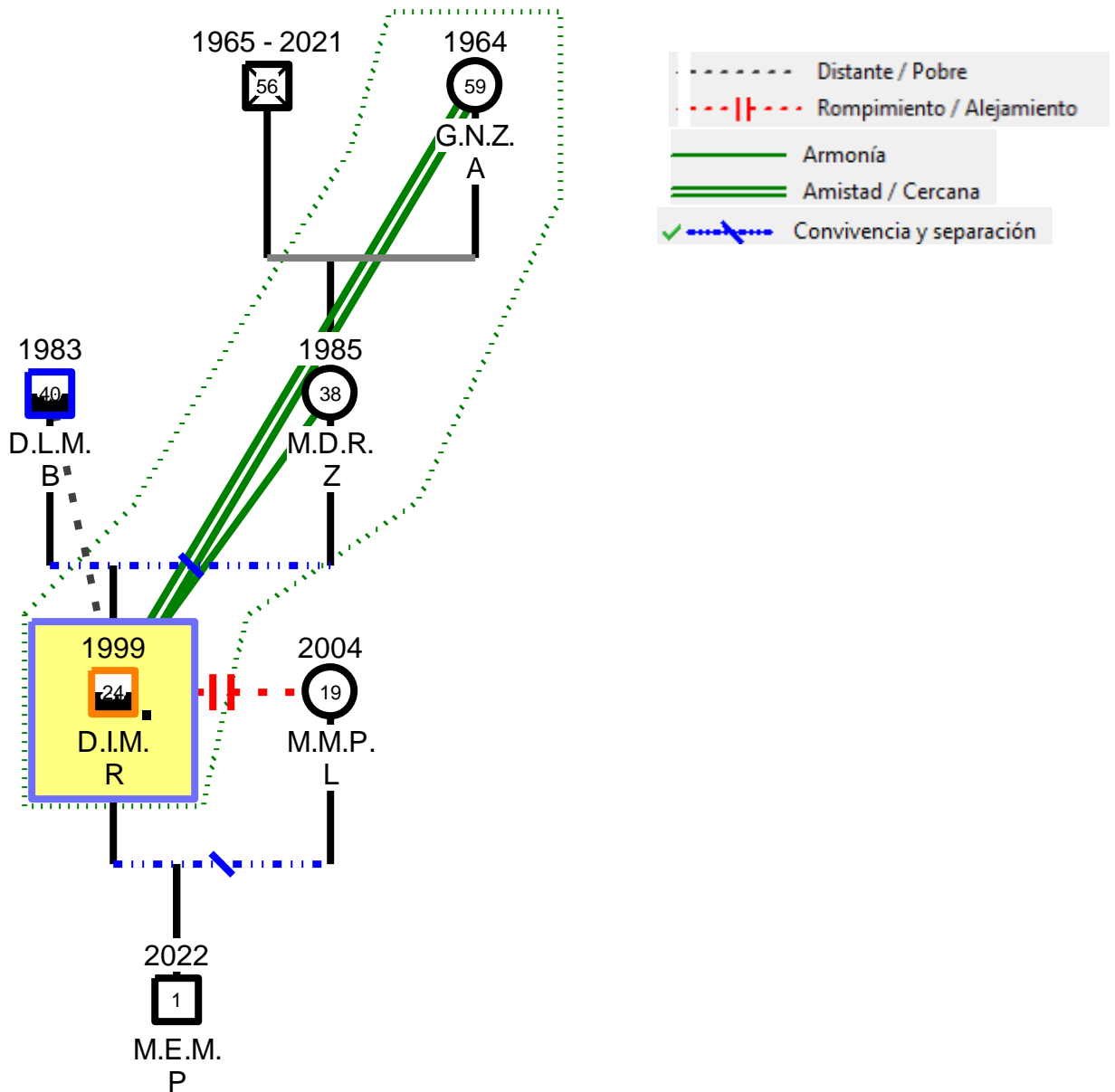
3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Inicia el consumo con marihuana a los 17 años, por curiosidad e influencia de los amigos, lo hizo una sola vez y luego de una semana menciona haberlo hecho por segunda vez, sintiendo por primera vez relajación, posteriormente a la edad de 21 años el joven menciona que empezó a consumir "h" y también empezó a frecuentar lugares donde se reúnen bandas con la finalidad de pertenecer a una de ellas ya que en sus palabras: "ahí si hago unas vueltas me pagan para darle a mi ñora y mi hijo y poder pagarme mi vicio"



4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



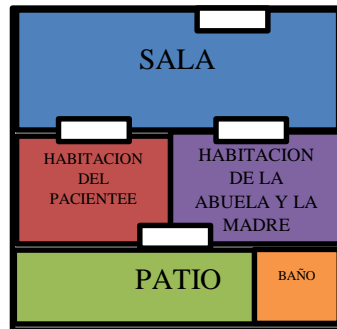
b. Tipo de familia.

Extensa

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Padre Alcohólico

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

Embarazo no planificado, parto normal con problemas al nacer madre sufre desgarres, se alimentó de pecho durante 1 año 6 meses, primeras palabras a su 1 año 3 meses, control de esfínteres a sus 2 años, no presento enfermedades durante su primer mes de vida.

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

Asistió a la escuela a los 5 años, sin problemas de adaptación, rendimiento promedio, buena relación con pares y maestros, sin dificultad de aprendizaje, sin cambios de escuela.

6.3. HISTORIA LABORAL

Trabaja en construcción como oficial.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Problemas de relación con sus pares a la etapa adulta.

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

Jugar Voleibol, ver películas, usar redes sociales.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Culpa, soledad, vergüenza

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

Consumo de opioides "H", cigarrillos.

6.8 ALIMENTACIÓN Y SUEÑO.

Problemas para dormir, aumento de apetito.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Historial con problemas de amigdalitis.

6.10. HISTORIA LEGAL

Recientemente problemas por cometer actos delictivos.

6.11. PROYECTO DE VIDA

No presenta proyecto de vida, porque refiere: "no saber que más hacer"



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



7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Vestido acorde a su edad, postura corporal encorvado, biotipo ectomorfo, etnia mestiza, actitud de sentirse avergonzado, y lenguaje fluido, pero con dialecto de calle.

7.2. ORIENTACIÓN

Orientado en las tres esferas: tiempo, espacio, persona.

7.3. ATENCIÓN

Atención sostenida.

7.4. MEMORIA

Amnesia retrograda.

7.5. INTELIGENCIA

Inteligencia promedio.

7.6. PENSAMIENTO

Autocrítica, dificultad para evaluar los riesgos benéficos de una decisión o falacia de predicción, pensamiento dicotómico.

7.7. LENGUAJE

Fluido, pero con dialecto de la calle.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Presenta temblores debido a la abstinencia.

7.9. SENSOPERCEPCION

Problemas al escuchar, se debe repetir.

7.10. AFECTIVIDAD

Soledad, culpa, vergüenza.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Juicio acorde a la realidad.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Paciente consciente sobre su condición de consumidor y sobre su síndrome de abstinencia.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

No presenta ideas suicidas.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

ASSIST: Resultado, 12pts MODERADO en Tabaco, 31pts ALTO en Alcohol, 30pts ALTO en Cannabis, 8pts MODERADO en Cocaína, 0pts BAJO en Inhalantes, 36pts ALTO en Opiáceos, lo que indica que su patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.

Mini Mental: Resultado, 29pts, ausencia de deterioro cognitivo

Test de evaluación para el consumo de drogas (DAST-10): Resultado 8pts, el cual lo ubica en la zona de uso IV – Severo, lo cual significa un riesgo de problemas de salud relacionados con el consumo de drogas y un posible trastorno moderado o grave por consumo de sustancias.





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



Escala de evaluación del cambio, universidad de Rhode Island (URICA):

Resultados fueron; 15pts en el estadio de precontemplación, 30pts en el estadio de contemplación, 26pts en el estadio de acción, y 16pts en el estadio de mantenimiento, lo cual indica que el paciente se encuentra en el estadio de contemplación para un cambio en su conducta.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

| Función | Signos y síntomas | Síndrome |
|--------------------------------|--|---|
| Cognitivo | ◦ Amnesia retrograda | Trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de opioides: en la actualidad en abstinencia. |
| Afectivo | ◦ Soledad ◦ Culpa ◦ Vergüenza | |
| Pensamiento | ◦ Autocrítica, ◦ Dificultad para evaluar los riesgos benéficos de una decisión o falacia de predicción ◦ Pensamiento dicotómico. | |
| Conducta: Social – familiar | ◦ Pocas habilidades asertivas ◦ Agresividad | |
| Somática | ◦ Síndrome de abstinencia | |

9.1. Factores predisponentes:

No contar con un proyecto de vida

9.2. Evento precipitante:

Frecuentar personas y lugares que incentivan su consumo.

9.3. Tiempo de evolución:

5 años

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de opioides: en la actualidad en abstinencia (F11.20).

11. PRONÓSTICO

Moderado o Intermedio

12. RECOMENDACIONES

- Valoración médica, prescripción de medicina para tratar los síntomas de la abstinencia.
- Trabajar proyecto de vida
- Terapia de pareja
- Terapia cognitivo conductual





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



13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

| HALLAZGOS | META TERAPÉUTICA | TÉCNICA | NÚMERO DE SESIONES | FECHA | RESULTADOS OBTENIDOS |
|---|---|---|--------------------|--------------------------------|---|
| COGNITIVO - Amnesia retrograda SOMÁTICA - Síndrome de abstinencia | Informa al paciente sobre las características del trastorno que padece y las consecuencias de su conducta. | - Psicoeducación | 1 | 10/10/2022 | El paciente logro comprender el trastorno que padece y sus consecuencias |
| PENSAMIENTO - Autocrítica, - Dificultad para evaluar los riesgos benéficos de una decisión o falacia de predicción | - Crear en el paciente un control cognitivo de sus pensamientos centrales. - Evaluar los costos y beneficios de mantener este pensamiento, | - clasificando el grado de emoción de creencias en un pensamiento - Análisis costo – beneficio | 2 | 17/10/2022 <hr/> 24/10/2022 | Paciente identifica los pensamientos automáticos y comprende las consecuencias y repercusiones de su pensamiento. |



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



| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <p>- Pensamiento dicotómico. “sí me drogo me olvido de que mis problemas económicos y de pareja” AFECTIVO - Soledad - Culpa - Vergüenza “nadie me comprende y me da vergüenza contar mis problemas por pienso que son mi culpa”</p> | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|



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



| | | | | | |
|--|---|--|----------|------------|--|
| CONDUCTA - Falta de habilidades asertivas - Agresividad “frecuento lugares donde se reúnen bandas porque ahí si hago unas vueltas me pagan para darle a mi ñora y mi hijo y poder pagarme mi vicio”. | - Identificar metas a largo plazo para reducir el consumo y la acción de frecuentar lugares peligrosos para conseguir dinero. | - identificación de metas a corto y largo plazo - profecías autocumplidas | 2 | 31/10/2021 | - Paciente logra identificar alternativas más saludables que no impliquen riesgos físicos y mentales. - Paciente identifica los pensamientos negativos que conllevan a situaciones difíciles que aumentan el riesgo de recaída. |
| | - Cambiar pensamientos negativos y establecer expectativas más realistas, para reducir la probabilidad recaída. | | | 07/11/2022 | |



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



Anexo #4

Minimental

Ferjoo D, Ginesta E, Alambiaga-Caravaca AM, Azorin M, Cárcoles E, Botella J, Alacrez M, Climent MT, Moreno L.
 Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlos del deterioro cognitivo

Anexo 2 Mini-Mental State Examination (MMSE) versión NORMACODERM

| MINI -MENTAL STATE EXAMINATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|-----------------------------|-----|--------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|-----|--------------------------------------|--|--|---|---|---|---|---|---|
| Nombre y Apellidos: <u>DJHR</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha nacimiento: <u>23/07/1999</u> | | | | | | | Estudios: <u>SECUNDARIOS</u> | | | | | | | | | | | | |
| ¿A que edad finalizó los estudios?: <u>NO HA FINALIZADO</u> | | | | | | | Sabe leer: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| Profesión: <u>MEDICINA</u> | | | | | | | Sabe escribir: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| I. ORIENTACIÓN TEMPORAL | | | | II. FIJACION | | | | V. LENGUAJE | | | | | | | | | | | |
| ¿En qué año estamos ? | | | | Nombrar 3 objetos, | | | | Señalando el lápiz ¿Qué es esto? | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué día del mes es hoy? | | | | a intervalos de 1 segundo | | | | INC | 0 | COR | 1 | | | | | | | | |
| ¿En qué mes del año estamos? | | | | BICICLETA, CUCHARA, MANZANA | | | | Señalando el reloj ¿Qué es esto? | | | | | | | | | | | |
| RESPUESTA | | REAL | | Ahora dígalos usted | | | | INC | 0 | COR | 1 | | | | | | | | |
| Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | | INC | COR | <u>2</u> | | | | | 0 | 1 | 2 | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | BICICLETA | 0 | 1 | Quiero que repita lo siguiente: | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | CUCHARA | 0 | 1 | "NI SÍ, NI NO, NI PEROS" | | | | | | | | | | |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | MANZANA | 0 | 1 | <u>1</u> | | | | | 0 | 1 | | | | |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | <u>3</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | Haga lo que le voy a decir | | | | | | | | |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | Repetir los nombres hasta que | | | INC | COR | | | | | | | | | |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | los aprenda. | | | 0 | 1 | Coja este papel con la mano derecha, | | | | | | | | |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | III. ATENCIÓN Y CÁLCULO | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | Le voy a pedir que reste desde | | | dóblelo por la mitad | 0 | 1 | | | | | | | | |
| 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 100 de 7 en 7 | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué día de la semana es hoy? | | | | | | | RES | REAL | INC | COR | y déjelo en el suelo | | | | | | 0 | 1 | |
| RESPUESTA | | | | | | | <u>93</u> | 93 | 0 | 1 | | | | | | | | | |
| L | M | X | J | V | S | D | <u>86</u> | 86 | 0 | 1 | <u>3</u> | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| REAL | | | | | | | <u>89</u> | 79 | 0 | 1 | Haga lo que dice aquí: | | | | | | | | |
| L | M | X | J | V | S | D | <u>71</u> | 72 | 0 | 1 | (mostrar atrás de esta hoja) | | | | | | | | |
| ¿En qué estación del año estamos? | | | | | | | <u>64</u> | 65 | 0 | 1 | "Cierre los ojos" | | | | | | | | |
| RESPUESTA | | REAL | | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <u>1</u> | | | | | 0 | 1 | | |





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

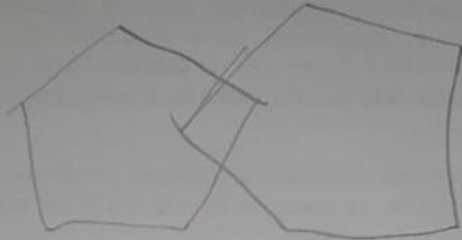
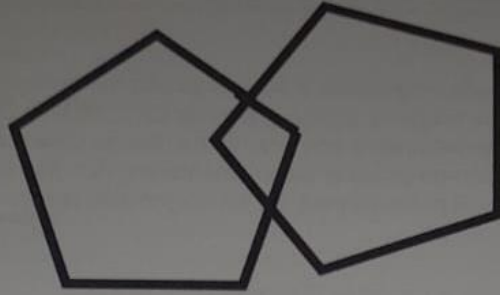


*Fejoo D, Ginesta E, Alambiaga-Caravaca AM, Azorin M, Córcoles E, Batella J, Alacreu M, Climent MT, Moreno L.
 Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlos del deterioro cognitivo.*

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|--------|---|------------------------------|------|-----|-----|--|----|------|-------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMA | | PRIMA | | Deletree al revés la palabra | | | | Escriba una frase que tenga | | | | | | | | | | | | |
| VERANO | ✓ | VERANO | ✓ | MUNDO | | | | sentido (atrás de esta hoja) | | | | | | | | | | | | |
| OTOÑO | | OTOÑO | | RES | REAL | INC | COR | | | 0 | 1 | | | | | | | | | |
| INVIER | | INVIER | | | O | 0 | 1 | Copie este dibujo (atrás de esta hoja) | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | D | 0 | 1 | | | | | | | | | | | |
| ORIENTACION ESPACIAL | | | | | N | 0 | 1 | | | 0 | 1 | | | | | | | | | |
| ¿En qué país estamos? | | | | | U | 0 | 1 | PUNTUACION TOTAL | | | | | | | | | | | | |
| INC | 0 | COR | 1 | | M | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | |
| ¿En qué provincia estamos? | | | | 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| INC | 0 | COR | 1 | IV. MEMORIA | | | | Puntuación máxima (30) | | | | | | | | | | | | |
| ¿En qué ciudad estamos? | | | | Dígame el nombre de los tres | | | | EDAD | | | | | | | | | | | | |
| INC | 0 | COR | 1 | objetos que le nombré antes | | | | E | | ≤ 50 | 51-75 | >75 | | | | | | | | |
| ¿Dónde estamos ahora? | | | | | INC | COR | S | ≤ 8 | 0 | +1 | +2 | | | | | | | | | |
| INC | 0 | COR | 1 | BICICLETA | 0 | 1 | C | 9-17 | -1 | 0 | +1 | | | | | | | | | |
| ¿En qué piso /planta estamos? | | | | CUCHARA | 0 | 1 | O | >17 | -2 | -1 | 0 | | | | | | | | | |
| INC | 0 | COR | 1 | MANZANA | 0 | 1 | L | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | PUNTUACION | | 26 | | | | | | | | | | |
| 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | CORREGIDA | | 29 | | | | | | | | | | |



*Fejoo D, Ginesta E, Alambiaga-Caravaca AM, Azorin M, Cárceles E, Botella J, Alacreu M, Climent MT, Moreno L.
Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlos del deterioro cognitivo*



CIERRE LOS OJOS

Anexo #5

ASSIST

OMS - ASSIST V3.0



OMS - ASSIST V3.0

| | | | | | |
|-----------------|---|-------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ENTREVISTADOR | <input type="text" value="Carlos Recalde"/> | País | <input type="text"/> | CLÍNICA | <input type="text"/> |
| Nº PARTICIPANTE | <input type="text" value="D J M R"/> | FECHA | <input type="text" value="04"/> | <input type="text" value="10"/> | <input type="text" value="22"/> |

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 alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS) | No | Si |
|---|----|----|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, deslactado, 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, extasis, 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.

OMS - ASSIST V3.0



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 |

OMS - ASSIST V3.0



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 | | | | | |
| 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 |

OMS - ASSIST V3.0



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 consumo 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 |

OMS - ASSIST V3.0



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 periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Una vez a la semana o menos

0

Menos de 3 días seguidos

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

Más de una vez a la semana

3 o más días seguidos

Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *

COMO 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 PUN TUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

| | Registre la puntuación para sustancia específica | Intervención Breve | Tratamiento más intensivo * |
|-----------------|--|--------------------|-----------------------------|
| a. tabaco | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| b. alcohol | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| c. cannabis | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| d. cocaína | 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 #6

Cuestionario de detección de drogas (Dast)

**Cuestionario de detección de drogas
(DAST – Spanish)**

El uso de drogas puede afectar su salud y a algunos medicamentos que podría estar consumiendo. Ayúdenos a darle la mejor atención médica contestando a las siguientes preguntas.

¿Cuál de las siguientes drogas utilizó el año pasado?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> metanfetaminas (speed, cristal) | <input checked="" type="checkbox"/> cocaína |
| <input checked="" type="checkbox"/> cannabis (marihuana, maría) | <input checked="" type="checkbox"/> narcóticos (heroína, oxicodona, metadona, etc.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> inhalantes (tíner o adelgazante de pintura, aerosol, pegamento) | <input type="checkbox"/> alucinógenos (LSD, hongos) |
| <input type="checkbox"/> tranquilizantes (valium) | <input type="checkbox"/> otros _____ |

¿Con qué frecuencia ha usado estas drogas? Mensualmente o menos Semanal A diario o casi a diario

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ¿Ha utilizado medicamentos distintos de los necesarios por motivos médicos? | No | <input checked="" type="radio"/> Sí |
| 2. ¿Abusa de más de una droga a la vez? | No | <input checked="" type="radio"/> Sí |
| 3. ¿Puede dejar de consumir drogas cuando quiera? | No | <input checked="" type="radio"/> Sí |
| 4. ¿Ha experimentado pérdida temporal de la memoria o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas? | <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |
| 5. ¿En ocasiones se siente mal o culpable por su uso de drogas? | No | <input checked="" type="radio"/> Sí |
| 6. ¿Se quejan alguna vez su cónyuge (o padres) por su implicación con las drogas? | No | <input checked="" type="radio"/> Sí |
| 7. ¿Ha descuidado a su familia debido a su uso de drogas? | No | <input checked="" type="radio"/> Sí |
| 8. ¿Ha participado en actividades ilegales a fin de obtener drogas? | No | <input checked="" type="radio"/> Sí |
| 9. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando ha dejado de consumir drogas? | No | <input checked="" type="radio"/> Sí |
| 10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias)? | <input checked="" type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |

¿Alguna vez se ha inyectado drogas? Nunca Sí, en los últimos 90 días Sí, hace más de 90 días

¿Ha estado alguna vez en tratamiento por abuso de sustancias? Nunca Actualmente En el pasado

I II III IV
0 1-2 3-5 6+

Anexo #7





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA
Escala de evaluación del cambio, universidad de Rhode Island (URICA)



ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO,
UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)

Nombre: D I H R
Edad: 23
Fecha: 10/10/2022

Instrucciones:

Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento y aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra *problema* se refiere a tu problema con las drogas.

| | Totalmente en Desacuerdo (1) | Bastante en desacuerdo (2) | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3) | Bastante de acuerdo (4) | Totalmente de Acuerdo (5) |
|---|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 1. Que yo sepa, no tengo problemas que necesite cambiar. | | | | X | |
| 2. Creo que podría estar preparado para mejorar algo en mí. | | | | X | |
| 3. Estoy haciendo algo respecto a los problemas que han estado molestándome. | | | | X | |
| 4. Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema. | | | | X | |
| 5. No tengo ningún problema. No tiene sentido que yo esté aquí. | | X | | | |
| 6. Me preocupa que yo pueda recaer en un problema que ya he cambiado, de modo que estoy aquí para buscar ayuda. | X | | | | |
| 7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema. | | | X | | |
| 8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo. | | | X | | |
| 9. He tenido éxito en el trabajo con mi problema, pero no estoy seguro que pueda mantener el esfuerzo yo solo. | X | | | | |
| 10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo. | | | | X | |

(Continúa en la página siguiente)

| | Totalmente en Desacuerdo (1) | Bastante en desacuerdo (2) | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3) | Bastante de acuerdo (4) | Totalmente de Acuerdo (5) |
|---|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 11. Estar aquí es una pérdida de tiempo, porque el problema del cual se está hablando no tiene nada que ver conmigo. | X | | | | |
| 12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor. | | | | X | |
| 13. Imagino que tengo defectos, pero no hay nada que realmente necesite cambiar. | X | | | | |
| 14. Realmente estoy esforzándome mucho para cambiar. | | | | X | |
| 15. Tengo un problema y realmente pienso que debiera darme una solución. | | | | X | |
| 16. No he perseverado como yo creía en lo que ya había cambiado, y estoy aquí para prevenir una recaída del problema. | X | | | | |
| 17. Aunque no he tenido éxito en lograr cambios, al menos estoy trabajando para resolver mi problema. | | | X | | |
| 18. Pensaba que una vez que resolviera mi problema me sentiría liberado, pero a veces me encuentro presionado por él. | | | X | | |
| 19. Me gustaría tener más ideas respecto a cómo resolver mi problema. | | | | X | |
| 20. He comenzado a enfrentar mis problemas, pero me gustaría recibir ayuda. | | | | X | |
| 21. Quizá en este lugar puedan ayudarme. | | | | X | |
| 22. Actualmente puedo necesitar ayuda para mantener los cambios que ya he logrado. | | | X | | |
| 23. Puede que yo sea parte del problema, pero realmente no creo que sea así. | X | | | | |
| 24. Espero que alguien de aquí me pueda entregar buenos consejos. | | | | X | |
| 25. Todo el mundo puede hablar acerca de cambiar; yo realmente estoy haciendo algo para cambiar. | | | X | | |
| 26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué las personas simplemente no olvidan sus problemas? | | | X | | |
| 27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad que yo pueda recaer en mi problema. | | X | | | |

(Continúa en la página siguiente)

| | Totalmente en Desacuerdo (1) | Bastante en desacuerdo (2) | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3) | Bastante de acuerdo (4) | Totalmente de Acuerdo (5) |
|--|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 28. Es frustrante, pero siento que pudiera tener una reparación del problema que pensaba que ya había resuelto. | | | X | | |
| 29. Tengo tantos problemas como cualquier persona. ¿Por qué malgastar el tiempo pensando en ellos? | | X | | | |
| 30. Estoy trabajando activamente en mi problema. | | | | X | |
| 31. Me gustaria asumir mis defectos, más que intentar cambiarlos. | | | X | | |
| 32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, éste vuelve a aparecer y eso me preocupa. | | | X | | |

Obtención de la Disposición para el Cambio

[Anote sobre la línea, la puntuación de la elección del usuario para cada ítem]

| Precontemplación (PC) | Contemplación (C) | Acción (A) | Mantención (M) |
|---|---|---|---|
| 1 <u>1</u> | 2 <u>4</u> | 3 <u>4</u> | 6 <u>1</u> |
| 5 <u>2</u> | 4 (se omite) | 7 <u>3</u> | 9 (se omite) |
| 11 <u>1</u> | 8 <u>3</u> | 10 <u>10</u> | 16 <u>1</u> |
| 13 <u>1</u> | 12 <u>4</u> | 14 <u>4</u> | 18 <u>3</u> |
| 23 <u>1</u> | 15 <u>4</u> | 17 <u>3</u> | 22 <u>3</u> |
| 26 <u>4</u> | 19 <u>3</u> | 20 (se omite) | 27 <u>2</u> |
| 29 <u>2</u> | 21 <u>5</u> | 25 <u>1</u> | 28 <u>3</u> |
| 31 (se omite) | 24 <u>3</u> | 30 <u>4</u> | 32 <u>3</u> |
| Total: <u>17</u> ÷ 7 = <u>2,42</u> (avg) | Total: <u>36</u> ÷ 7 = <u>5,14</u> (avg) | Total: <u>27</u> ÷ 7 = <u>3,85</u> (avg) | Total: <u>16</u> ÷ 7 = <u>2,28</u> (avg) |

$$\text{Disposición para el Cambio}^1 = (\text{avgC} + \text{avgA} + \text{avgM}) - \text{avgPC} = 7,85$$

¹ Valor numérico que es útil para hacer estudios cuantitativos con grupos de usuarios.

Para obtener el Perfil de la Fase del Cambio del usuario, encierre en un círculo el número en cada columna correspondiente a la puntuación total en la escala y únalas con una línea.

| Puntuaciones-T | PC | C | A | M |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 100 | 30-35 | | | |
| 95 | 29-30 | | | |
| 90 | 27-28 | | | |
| 85 | 25-26 | | | |
| 80 | 23-24 | | | |
| 75 | 21-22 | | | |
| 70 | 19-20 | | 35 | 35 |
| 65 | 17-18 | | 33-34 | 33-34 |
| 60 | 15-16 | 34-35 | 31-32 | 31-32 |
| 55 | 13-14 | 33 | 29-30 | 28-29-30 |
| 50 | 11-12 | 31-32 | 27-28 | 26-27 |
| 45 | 09-10 | 30 | 25-26 | 23-24-25 |
| 40 | 07-08 | 28-29 | 23-24 | 21-22 |
| 35 | | 27 | 21-22 | 18-19-20 |
| 30 | | 25-26 | 19-20 | 16-17 |
| 25 | | 24 | 17-18 | 13-14-15 |
| 20 | | 22-23 | 15-16 | 11-12 |
| 15 | | 21 | 13-14 | 08-09-10 |
| 10 | | 19-20 | 11-12 | 07 |
| 5 | | 18 | 09-10 | |
| 00 | | 16-17 | 07-08 | |
| -05 | | 15 | | |
| -10 | | 13-14 | | |
| -15 | | 07-12 | | |

Características psicométricas del University of Rhode Island Change Assessment (URICA)

El URICA es un cuestionario de autorreporte de 32 ítems que incluye 4 sub-escalas que miden las fases del cambio: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenión. Las respuestas se entregan en una escala Likert de 5 puntos, que van desde 1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (Bastante en desacuerdo), 3 (Ni de acuerdo, ni en desacuerdo), 4 (Bastante de acuerdo) y 5 (Totalmente de Acuerdo).

Las sub-escalas pueden ser combinadas aritméticamente ($C + A + M - PC$) para entregar la puntuación de la Disposición para el cambio, puntuación que puede ser usada para evaluar la disposición para el cambio al momento de la entrada a tratamiento.

Es un instrumento para ser usado con usuarios adultos, y puede ser usado en el tratamiento y en la investigación para evaluar el proceso clínico y la disposición motivacional para el cambio.

Es un instrumento confiable, confiabilidad que fue medida a través de la consistencia interna. Se ha estudiado su validez, y se han derivado mediciones de validez de contenido, validez predictiva, validez de contenido y validez de constructo.