



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**FACTORES DE RIESGO E INFLUENCIA EN LA RECAIDA DEL
CONSUMO DE DORGAS EN UN ADOLESCENTE DEL CENTRO DE
REHABILITACION CRATI EN LA CIUDAD DE CUENCA.**

AUTOR:

ANGE DENISSE ANGULO NUÑEZ

TUTOR:

ANDRES FERNANDO ARREAGA QUINDE

BABAHOYO – LOS RIOS - ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

AGRADECIMIENTO

Una de las personas que me ayudo con la culminación de mi proyecto fue Felipe Silva estaré totalmente agradecida con él por todo el apoyo que me brindó y por acompañarme en esta etapa, gracias por sus palabras de aliento y por ser una persona extraordinaria conmigo, por su paciencia y su consideración.

A mis amigos que han estado aquí y han hecho de mis días los más felices, a mis amigas Leonela Vera y Aline Camacho quienes comparten la mayor parte del tiempo conmigo y por la confianza que han creado en mí, les agradezco infinitamente.

A los docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo que imparten con sabiduría sus conocimientos para que nosotros podamos desenvolvernos en el ámbito profesional.

Ange Angulo Núñez





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

DEDICATORIA

Quiero empezar mencionado a mis dos pilares fundamentales que son mi madre Liliana Núñez y mi padre Jackson Angulo, que han hecho posible que hoy en día culmine mi etapa universitaria, dedico mi proyecto a ellos que con tanto esfuerzo y dedicación han hecho posible este sueño. Me faltarán palabras para expresar todo el amor que siento hacia ellos, por inculcarme buenos valores y no dejarme caer en los momentos difíciles de mi vida, gracias a ellos soy una mujer dedicada y perseverante.

También quiero dedicar este proyecto a Dios por guiarme y darme fuerzas durante todo este camino lleno de obstáculos, y demostrarme que todo se puede simplemente hay que pedir las cosas con fe para que se cumplan.

Ange Angulo Núñez





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGIA CLINICA

EXAMEN COMPLEXIVO

RESUMEN

La presente investigación de estudio de caso se ejecutó con el objetivo, Determinar la influencia de los factores de riesgo en la recaída de drogas en un adolescente del centro de rehabilitación Crati en la ciudad de Cuenca, Además se trabajó con una metodología cualitativa encaminada a la investigación científica de las variables que se hallan expuestas en el presente estudio de caso: factores de riesgo y recaída de drogas, por otra parte fue necesario que se incorpore técnicas de la Terapia Cognitiva conductual con la finalidad de que el paciente supere su problema y mejore su calidad de vida tanto personal como social. Sin duda alguna se logró que el objetivo planteado se cumpla en su totalidad gracias a la planificación de un plan terapéutico el cual contempla un procedimiento de Restructuración Cognitiva dirigida a modificar aquellos pensamientos que el paciente manifestó durante la intervención psicológico.

Palabras clave: Determinar, influencia, riesgo, drogas, metodología, pensamientos.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

ABSTRACT

The present case study investigation was carried out with the objective of determining the influence of risk factors in drug relapse in an adolescent from the Crati rehabilitation center in the city of Cuenca. In addition, a qualitative methodology aimed at the Scientific investigation of the variables that are exposed in the present case study: risk factors and drug relapse, on the other hand it was necessary to incorporate Cognitive Behavioral Therapy techniques in order for the patient to overcome their problem and improve their quality of life, both personal and social. Undoubtedly, it was achieved that the proposed objective is fully met thanks to the planning of a therapeutic plan which includes a Cognitive Restructuring procedure aimed at modifying those thoughts that the patient manifested during the psychological intervention.

Keywords: Determine, influence, risk, drugs, methodology, thoughts.

INTRODUCCIÓN

El estudio psicológico que se ostenta en el presente trabajo investigativo tiene como finalidad indagar la influencia de los factores de riesgo en la recaída del consumo de drogas en un adolescente del centro de rehabilitación CRATI de la ciudad de Cuenca, todo esto se lo realizara mediante 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.

Los Factores de riesgo son aspectos muy importantes en la vida de las personas, los cuales se pueden manifestar ante cualquier situación que ponga en riesgo la salud personal de cada individuo, por esta razón la presente investigación halló ineludible que se llevara a cabo la búsqueda necesaria de aquellos aportes teóricos que nos proporcionan los diferentes autores y que se encaminan a la exploración científica de las variables ya expuestas.

El trabajo psicológico ejecutado en el presente estudio de caso conlleva el uso de la Terapia Racional Emotiva como estrategia para intervenir en los factores personales del paciente para determinar si la ausencia de estos influye en la recaída del consumo de drogas en un adolescente, de esta manera se logrará evaluar aquellos puntos importantes sobre la situación actual del adolescente.

Por otra parte, y considerando la importancia del tema planteado en la presente intervención es muy significativo que se incorpore test psicológicos: “Minimental”, “Cuestionario CDI”, “Assist”, “Escala de ansiedad de Hamilton” y técnicas de la TREC como: “Automonitoreo del ABC de la TREC”, los cuales se especificaran de mejor manera en las fases posteriores de este trabajo, además, se realizó una entrevista semiestructurada la cual será de mucha ayuda a la hora de registrar información importante sobre el paciente.

DESARROLLO

Justificación

La presente investigación justifica su importancia a partir de los factores de riesgo en la recaída de drogas en un adolescente del centro de rehabilitación CRATI en la ciudad de Cuenca, es decir indagar dichos factores y de qué manera influyen a que un adolescente vuelva a manifestar una conducta adictiva ante sustancias psicoactivas e ilegales.

La adicción a sustancias psicoactivas es un tema muy relevante en la sociedad y el cual se ha venido estudiando en el pasado y la actualidad, por esta razón el presente trabajo de psicología beneficiara directamente al paciente, su familia y la institución con estrategias de la Terapia Racional Emotiva dirigidas a la prevención e indagación necesaria de los factores que ponen en riesgo a que un adolescente presente una recaída de consumo de drogas.

Podemos encontrar que los estudios realizados acerca de los Factores de riesgo y su influencia en la recaída de drogas en un adolescente del centro de rehabilitación CRATI en la ciudad de Cuenca, dado que esta situación se ha venido presentando desde hace mucho tiempo y ha sido tema de investigación para varios autores.

Considerando lo expuesto anteriormente podemos explorar la factibilidad de este trabajo a partir del estudio de sus variables, las cuales nos presentan resultados positivos y favorables para su validez y confiabilidad, por otra parte, se reconoce que el esfuerzo de la paciente de 21 años y su familia nos encaminan a desarrollar un pronóstico propicio para lograr el objetivo de este trabajo.

OBJETIVO

Determinar la influencia de los factores de riesgo en la recaída de drogas en un adolescente del centro de rehabilitación Crati en la ciudad de Cuenca.

SUSTENTO TEORICO

Factor de riesgo

“Un Factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido” (Senado, 1999). En esta definición se puede observar que los factores de riesgo son circunstancias que incrementan las probabilidades de tener algún problema, sin embargo, las circunstancias por sí solas no son un problema.

El factor de riesgo encadena una situación o acción en donde se predispone que el individuo debe reaccionar y a su vez actuar, por estímulos internos y externos del inconsciente y de su alrededor, es decir, su entorno familiar académico y social.

Ciertas condiciones y circunstancias hacen que algunas personas sean más vulnerables al consumo de drogas que otras. Estos factores de riesgo no determinan el destino de la persona; sino más bien, ayudan a identificar las posibles situaciones en las que se debe tener cuidado para evitar que en el futuro se tenga graves problemas.

Comprender cuáles son los factores de riesgo más importantes del abuso de drogas puede ayudar a los padres y educadores a identificar a los adolescentes y jóvenes que puedan necesitar atención adicional o una guía de una persona adulta con la cual poder conversar de abordar esta problemática. “Los factores de riesgo interactúan entre sí influyéndose y son de

carácter probabilístico, es decir, su presencia aumenta la probabilidad de que se dé una conducta” (Laespada, Iraurgi, & Aróstegi, 2004).

➤ **Factores de riesgo individuales**

Estos factores hacen referencia a los rasgos propios de la persona e incluyen factores biológicos- genéticos, la edad, el tipo de personalidad, el nivel de autoestima y la educación enfocada en los valores que cada persona tiene.

➤ **Factores genéticos**

El factor genético es un factor preponderante “estudios revelan que la susceptibilidad genética explica 40 a 60% de la vulnerabilidad para padecer trastornos por consumo de sustancias” (Tena et al (2018, pág. 267). Al existir antecedentes de consumo de drogas en la familia se debe prestar mucha más atención a los descendientes y promover una cultura de educación con el fin de prevenir el uso de sustancias adictivas como el alcohol y las drogas. Estas conversaciones pueden tener lugar de la misma manera en que se hablaría sobre los antecedentes familiares de diabetes u otras afecciones médicas, y no deben ocurrir más tarde de los primeros años de la adolescencia.

➤ **Factores neurobiológicos**

La edad es un factor muy importante, la adolescencia es una etapa en la que los individuos son vulnerables porque se producen muchos cambios tanto a nivel físico como psicológico. Los cerebros de los adolescentes están especialmente en riesgo porque aún están madurando. Si por algún motivo consumen drogas, estas ejercen influencias duraderas en un cerebro en desarrollo lo que puede agrandar la fragilidad de una persona al abuso y adicción de drogas (Senado, 1999). El “desarrollo cerebral predisponen a los adolescentes a mayor riesgo de consumir sustancias debido a la labilidad en el proceso de toma de decisiones, afiliación con pares que muestran conductas inadecuadas y trastornos de conducta

externalizante” (Tena et al (2018, pág. 267). En este sentido es muy importante que los padres de las personas adultas sean guías de los adolescentes para ayudarlos a tomar decisiones correctas enfocados en su bienestar físico y emocional.

➤ **Enfermedades mentales**

Los trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad y otros, pueden aumentar el riesgo de que las personas consuman drogas y se vuelvan adictas (Laespada et al, 2004). Hay muchas razones posibles para este mayor riesgo de adicción. Una de ellas es que algunas personas con trastornos mentales consumen drogas porque las hacen sentir mejor o porque creen que las drogas las ayudan a lidiar con sus problemas, sin embargo, estas creencias son falsas porque son momentáneas y con el paso del tiempo se necesitan mayores dosis para sentirse mejor, Además, los trastornos mentales afectan los mismos circuitos cerebrales y sustancias químicas que las drogas de abuso. Los efectos superpuestos de un trastorno mental y una droga pueden aumentar el riesgo de adicción (Laespada et al, 2004).

➤ **Actitudes y valores**

Las actitudes y valores son factores individuales porque pertenecen exclusivamente a la persona y varían de un individuo a otro,

“lo que el joven piensa sobre las drogas, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas, arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo”
(Laespada et al, (2004, pág. 17).

El autocontrol es otro valor que influye mucho en el momento de consumir o no drogas, se considera autocontrol a la capacidad de controlarse a uno mismo, en términos de dominar los deseos e impulsos. Las personas que se autocontrolan pueden moderar lo que quieran y con perseverancia pueden alcanzar lo que se propongan.

➤ **Factores de riesgo relacionales**

Estos factores se resumen en la influencia que tiene el entorno dónde se desenvuelven las personas. Estos son la familia, el grupo de amigos, el lugar dónde estudian.

➤ **Factores familiares**

“Los factores familiares de riesgo incluyen el consumo por parte de uno o ambos padres, violencia intrafamiliar, conflictos familiares y el manejo emocional deficiente” (Tena et al (2018, pág. 268). Los niños que han tenido un historial de trauma (como presenciar o experimentar violencia o abuso) tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias y adicción en el futuro, porque con el consumo de estas sustancias “alivian” sus traumas. Otros factores que influyen negativamente son: padres que no pueden solventar las necesidades económicas del hogar, padres con poca educación, socialmente aislados que no tienen una buena comunicación, familias con un padre o una madre ausente, falta de una espiritualidad sólida y una crianza inadecuada (Peñañiel, 2009).

➤ **Factores de riesgo sociales**

“Ingerir una sustancia, como todo comportamiento, se produce y toma sentido en un determinado contexto social” (Laespada et al, (2004, pág. 25). En este sentido los compañeros, la sociedad son los protagonistas de riesgo.

➤ **Los compañeros**

Las relaciones con los compañeros, la asunción de riesgos y el consumo de sustancias son el preámbulo del consumo de drogas. Los compañeros toman el centro del escenario, brindando validación consensuada para las experiencias únicas principalmente de la adolescencia temprana, un refugio seguro del mundo de la familia y las escuelas, una caja de

resonancia para búsquedas de identidad, una plataforma para relaciones románticas y combustible para la experimentación. para la experimentación.

➤ **La sociedad**

La presión de la sociedad es otro factor de riesgo de adicción, especialmente entre los adolescentes y jóvenes. Incluso cuando no es abierta o agresiva, la presión de la sociedad para encajar puede crear un ambiente de "experimentación" con sustancias que pueden conducir a la adicción. La disponibilidad de una sustancia en su grupo social también puede afectar su riesgo de volverse adicto. En el caso del alcohol, la disponibilidad del mismo en cualquier celebración es muy alta, lo que lleva al individuo a crearse la percepción de que está bien el consumo y abuso del alcohol. Este ejemplo aplica para cualquier tipo de droga.

Recaída del consumo de drogas

Recaída

“Por recaída se entiende a la consecuencia que experimenta una persona al exponerse ante una situación de riesgo sin ser capaz de responder con las estrategias adecuadas de afrontamiento para garantizar el mantenimiento de su abstinencia” (Blanco & Jiménez, 2015, pág. 148). En términos más simples una recaída es una situación que se presenta cuando una persona vuelve a consumir drogas o alcohol después de un período de sobriedad.

Muchas personas que se recuperan de la adicción enfrentan un riesgo consistentemente alto de recaída porque el consumo crónico de sustancias puede resultar en ciertas alteraciones estructurales y funcionales del cerebro que persisten mucho más allá del período en que se obtuvo la sobriedad por primera vez (Barragán, (2014).

Es muy importante diferenciar entre un lapso y una recaída. Un lapso es un episodio breve donde una persona puede usar sustancias prohibidas para ella, pero luego se detiene

inmediatamente. Una recaída por otro lado es cuando una persona hace un regreso completo a la bebida al uso de sustancias prohibidas.

➤ **Causas**

“A pesar de los avances que han ido sucediendo en el ámbito de la prevención e intervención de las drogodependencias y las conductas adictivas, siguen destacando las altas tasas de recaída que experimentan las personas con problemas de adicciones” (Castilla, 2015, pág. 110). En este sentido después de una recaída, muchas personas experimentan sentimientos de vergüenza o arrepentimiento. Además, es posible que tenga ganas de renunciar a la lucha y ceder a su adicción en lugar de continuar trabajando duro y superar el deseo fugaz de usar. Estos son normales, pero pueden crear desafíos para crear una vida libre de drogas (Blanco & Jiménez, 2015).

De acuerdo a Blanco (2015) los signos que pueden predecir una próxima recaída incluyen, entre otros: que la persona involucrada no hace de la sobriedad su máxima prioridad, es decir, pone en su mente otros objetivos como primordiales, por ejemplo, la diversión, el relajamiento, el trabajo, etc., dejando en segundo plano la sobriedad, por lo que en cualquier momento de quiebre puede recaer. No tener un sistema de apoyo, lo que significa que no se rodea de gente de confianza que le ayude moralmente a no recaer, la red de apoyo es muy importante y refuerza el objetivo principal que es la sobriedad. No estar preparado para la vida después del tratamiento, muchas personas sienten que por sí solas no podrán enfrentarse a las situaciones cotidianas de su vida que los llevaron a la adicción, por ello es muy importante cambiar el estilo de vida y remodelarlo a la nueva realidad, esto incluye tener un nuevo círculo social.

➤ **Consecuencias**

“Si se produce la situación en la que el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará debido a la disminución de su percepción de autoeficacia” (Castilla, 2015, pág. 112). Ante una situación de elevado riesgo existen dos caminos por los cuales una persona puede afrontar la situación, el primero una respuesta de afrontamiento de la situación, es decir pone en marcha mecanismos que le permiten superar la situación de riesgo, no cae en la tentación, lo que se traduce en un aumento de la autoeficacia, motivación propia para enfrentar nuevos desafíos, confianza en sí mismo todo esto disminuye la probabilidad de una futura recaída.

El escenario contrario se presenta ante la ausencia de una respuesta de afrontamiento ante una situación de alto riesgo, esto le lleva al individuo consumo inicial de una sustancia que le ha sido prohibida, lo que disminuye la autoconfianza que se presentan expectativas negativas de que no va poder controlar una situación igual en el futuro.

Se produce el efecto violación de la abstinencia que en conjunto son sentimientos negativos como el desamparo, la tristeza, la decepción y el fracaso, esta situación unida el efecto negativo del consumo de sustancias adictivas crea un círculo vicioso en el que la recaída en el consumo de drogas no tiene fin (Blanco & Jiménez, 2015).

Alan Marlatt fue un destacado psicólogo clínico nacida en el país de todos modos quien aportó mucho en el campo de las conductas adictivas y Allport Gordon, psicólogo investigador de los de los rasgos característicos de la personalidad, crearon un modelo de prevención de recaídas en personas adictas a sustancias ilícitas. Menciona que se deben identificar las etapas previas a una recaída y estas son:

➤ **La recaída emocional**

Esta etapa empieza antes de consumir una droga sustancia lista. Durante esta etapa, el individuo puede presentar dificultades para hacer frente a sus emociones de una manera saludable. En cambio, puede embotellar sus sentimientos, aislarse de los demás, negar que sus problemas existan y descuidar su autocuidado. Si bien es posible que no piense conscientemente en el consumo de drogas en este momento, evitar sus emociones y circunstancias difíciles puede sentar las bases para una recaída en el futuro.

➤ **La recaída mental**

Esta etapa se diferencia del anterior porque el individuo es consciente de tener sentimientos que le causó contradicción sobre la sobriedad. Mientras que una parte de él puede querer permanecer sobrio, otra parte puede estar luchando contra los antojos y pensando en secreto en formas de recaer. Una recaída mental también puede implicar glorificar el consumo de drogas en el pasado, minimizar las consecuencias negativas del consumo y buscar oportunidades para drogarse.

Esta es la última etapa e implica la acción final de usar drogas o alcohol. Lo que comienza como un lapso inicial de tomar una bebida o droga puede proceder rápidamente a una recaída en toda regla, donde siente que tiene poco o ningún control sobre el uso que se cae en el círculo vicioso del consumo de drogas

Factores de riesgo y su influencia en la recaída del consumo de drogas

Los factores de riesgo son importantes no fluya significativamente en la recaída del consumo de drogas, de acuerdo a Martínez et al (2019), Peñafiel (2009) y Blanco & Jiménez (2015) son:

- **Exposición a circunstancias desencadenantes:** los desencadenantes pueden involucrar señales sociales y ambientales que le recuerdan consumo de sustancias como las drogas y el alcohol. En este grupo también se encuentran las señales sociales, como ver a una persona con amigo que consume drogas, y señales ambientales, como entrar en contacto con objetos, olores o lugares que asocia con drogas y alcohol, pueden producir deseos intensos que pueden conducir a una recaída.
- **Estrés:** si una persona tiene altos niveles de estrés y habilidades de afrontamiento deficientes, puede recurrir a las drogas y el alcohol para obtener alivio. Las emociones negativas, como la ira, la ansiedad, la depresión y el aburrimiento, a veces aumentan el riesgo de recaída.
- **Problemas:** el conflicto con la familia y los amigos puede llevar a sentimientos negativos, incluyendo enojo, tristeza y frustración. Si estas emociones no se manejan adecuadamente, pueden conducir a una recaída, por eso importante es saber reconocer estas emociones tener estrategias que permitan afrontarlos.
- **El círculo social:** la familia o los amigos que usan drogas y alcohol pueden presionar a la persona para que consuma. Otras veces, simplemente estar cerca de otras personas que están usando drogas o bebiendo puede provocar fuertes impulsos y hacerlo más propenso a una recaída. Por eso me importante tener un círculo social libre del consumo de droga.

TÉCNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

➤ **Historia Clínica.**

La salud mental es un tema muy importante y en el cual existen varias técnicas de intervención psicológica que nos ayudan a realizar una mejor praxis en nuestro ejercicio

profesional, por tal forma el presente trabajo incorporo el uso de la historia clínica como una técnica que ayudara a registrar información muy importante sobre la situación actual de la historia del paciente.

Por este motivo, con fecha 01 de julio del 2021 a las 7:15 de la mañana, Paciente ingresa al centro de rehabilitación CRATI acompañado de su madre, manifestando “una recaída de consumo de cannabinoides (marihuana), alcohol y tabaco”. Madre refiere que su hijo ha manifestado cambios comportamentales y actitudinales clínicamente significativos en diferentes áreas de la vida a causa su recaída, por ejemplo: agresiones constantes, bajo rendimiento académico y aislamiento social. Dada la situación del paciente se realizó la atención inmediata, en la cual se trabajó los puntos más importantes de la historia clínica ya registrada del paciente en la base de datos de la institución, entonces se procedió a indagar datos sobre su historia personal, antecedentes de consumo, con el fin de identificar la posible influencia de factores externos en una recaída de consumo de estas sustancias psicotrópicas. Finalmente, se consideró realizar una evaluación del estado mental actual del paciente con la finalidad de registrar posibles problemas cognitivos que podrían ser la posible causa de la recaída del joven.

➤ **Entrevista semiestructurada**

Dada la importancia de esta intervención psicológica se hace necesario el uso de esta técnica, la cual nos proporciona un conjunto de preguntas semiestructuradas con anticipación en relación al motivo de consulta y las cuales se encargarán de indagar de manera específica aquellos factores que el adolescente manifieste en la entrevista, y los cuales posiblemente serian el causal de una recaída del consumo de drogas.

➤ **Reactivos y técnicas psicológicas.**

“Minimental”: Prueba mental que nos ayuda a evaluar el estado mental del paciente, mediante varias consignas como la realización de tareas y resolución de preguntas que el psicólogo realizara al entrevistado, con el fin de determinar y registrar posibles problemas cognitivos que afecten el normal funcionamiento mental del paciente.

“Cuestionario CDI”: Cuestionario dirigido a evaluar aquellos aspectos anormales del autoestima y disforia del paciente, esto se lo realizara mediante 27 ítems, encaminados a registrar la intensidad o frecuencia de aquellos síntomas que el paciente manifieste en la entrevista.

“Assist”: Prueba que se encarga en identificar una posible conducta adictiva por parte del paciente de alguna sustancia psicoactiva, además nos proporciona información sobre posibles riesgos en relación a la sustancia que consume el joven.

“Escala de ansiedad de Hamilton”: El objetivo de esta escala es determinar aquellos indicadores de la ansiedad como: aspectos psíquicos y físicos, conductas que se relacionen a episodios ansiosos, además, nos ayuda a registrar su intensidad, por otra parte, se debe considerar que un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido del paciente.

“ABC de la TREC”: El objetivo de esta técnica se basa en 3 aspectos importantes de la terapia racional emotiva el primero registrar un acontecimiento traumático, el segundo identificar sus creencias y el tercero evaluar aquellas respuestas emocionales del paciente generadas por los 2 primeros factores.

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente ingresa al centro de rehabilitación CRATI acompañado de su madre, manifestando “una recaída de consumo de cannabinoides (marihuana), alcohol y tabaco”. Madre refiere que su hijo ha manifestado cambios comportamentales y actitudinales clínicamente significativos en diferentes áreas de la vida a causa su recaída, por ejemplo: agresiones constantes, bajo rendimiento académico y aislamiento social.

En el presente estudio de caso fue necesario trabajar con el paciente durante 7 sesiones las cuales ayudaron a establecer un pronóstico favorable para el joven que fue intervenido en el centro de rehabilitación por consumo de cannabinoides, además se consideró el uso de la TREC (Terapia Racional Emotiva) como un apoyo para establecer factibilidad a este trabajo psicológico.

25/05/2021 Primera Sesión, Hora 16:15 de la tarde.

Adolescente proviene de un hogar disfuncional (límites débiles) es el primero de los tres hijos de la pareja Ezequiel Sánchez (padre) y Ana Guamán (madre), vive en la actualidad con su madre y dos hermanos (Eduardo Sánchez de 8 años y Erick Sánchez de tres meses de edad). Según manifiesta el paciente durante la infancia la relación con la madre era buena, existía comunicación, demostraciones de afecto, abrazos palabras de motivación, halagos, etc.

Inicia adolescencia a los 12 años de edad, según señala el paciente, en esta etapa la relación con su madre era buena, hasta que cumplió los 13 años periodo en el que cambia su comportamiento a consecuencias de que empezó a consumir drogas, también señala que en el colegio; en octavo tenía buenas calificaciones, a partir del noveno años sus calificaciones bajaron y empieza a presentar una relación conflictiva con docentes por mal comportamiento

(insultos verbales y no acatar normas y reglas), no obstante el paciente señala que era bastante sociable con sus compañeros.

28/05/2021 Segunda Sesión, Hora 16:15 de la tarde.

En cuanto a la historia del síntoma, el paciente señala que inicia el consumo de sustancias a la edad de 13 años, empezando con alcohol; consumo que inicia por curiosidad y presión social de parte de la pareja y amigos, el paciente menciona lo siguiente: “tomé dos vasos de switch con los cuales me sentí mareado”, en un inicio el consumo fue ocasional y posteriormente aumenta en cantidad y frecuencia llegando a consumir de tres a cuatro veces por día. A la misma edad prueba tabaco por primera vez la inicio su consumo era esporádico, después aumenta en cantidad y frecuencia llegando a consumir hasta 5 cigarrillos de tabaco al día, esto lo hacía unas tres a cuatro veces a la semana según menciona el paciente.

Adolescente vestido acorde a edad y sexo, se encuentra aseado y aliñado, se denota adecuado, presenta un estado de alerta conservado, existe colaboración durante la entrevista, aparente consciencia de consumo y necesidad de ayuda ante su problema.

04/06/2021 Tercera Sesión, Hora 16:15 de la tarde.

Se considero que después de las dos primeras sesiones realizadas anteriormente, en esta tercera sesión se realice la evaluación pertinente sobre el estado mental del adolescente. Todo esto con la ayuda de la prueba “Minimental” y el “Cuestionario CDI”, el primero tiene la finalidad de determinar si existen posibles problemas cognitivos en el paciente y el segundo nos permitirá registrar tanto la disforia como el grado de autoestima negativa del usuario.

11/06/2021 Cuarta Sesión, Hora 16:15 de la tarde.

Después de la valoración mental al paciente, se consideró de igual manera la ejecución de la prueba “Assist”, la cual nos ayudara a determinar si el paciente presenta una posible conducta adictiva hacia el cannabis, además fue necesario descartar síntomas de ansiosos, esto se logró con la implementación de la “Escala de ansiedad de Hamilton”.

15/06/2021 Quinta Sesión, Hora 16:15 de la tarde.

Considerando los resultados obtenidos en las sesiones anteriores fue muy importante efectuar a partir de esta sesión la técnica de la Terapia Racional Emotiva, la cual será de mucha ayuda para identificar todos los Acontecimientos, las creencias irracionales y toda aquella respuesta conductual y emocional del paciente en la presente intervención psicológica.

22/06/2021 Sexta Sesión, Hora 16:15 de la tarde.

De acuerdo con las terapias que nos proporciona la TREC encontramos que la presente intervención psicológica hallo necesario ejecutar una terapia individual, la cual nos ayudara a que el paciente mejore su estilo de vida mediante una serie de preguntas del Cuestionario de información biográfica.

29/06/2021 Séptima sesión Hora 16:15 de la tarde.

Para alcanzar la confiabilidad necesaria para este estudio de caso fue necesario esta última sesión la cual se trabajó con el paciente con el objetivo de modificar sus creencias.

SITUACIONES DETECTADAS

Adolescente proviene de un hogar disfuncional (límites débiles) es el primero de los tres hijos de la pareja Ezequiel Sánchez (padre) y Ana Guamán (madre), vive en la actualidad con su madre y dos hermanos (Eduardo Sánchez de 8 años y Erick Sánchez de tres meses de edad). Según manifiesta el paciente durante la infancia la relación con la madre era buena, existía comunicación, demostraciones de afecto, abrazos palabras de motivación, halagos, etc.

Según indica la madre cuando el paciente tiene un mes de nacido el padre migra a EEUU, desde entonces su relación ha sido distante y con poca comunicación, también menciona que, a los dos años de edad, el paciente ingiere agua con gasolina y que desde entonces tiene problemas con el páncreas y el hígado. Según menciona el paciente este inicia su periodo escolar a los 5 años de edad, su rendimiento académico era bueno, la relación con profesores era adecuada, sociable con compañeros, además señala que la relación con el progenitor es conflictiva porque este tenía problemas con consumo de alcohol, por lo que, tanto el cómo su madre recibían constantes maltratos, también menciona el paciente que a partir del último año de escuela, empezó a ser molestado por sus compañeros a causa de que su padre fue a la cárcel por un accidente de tránsito.

Inicia adolescencia a los 12 años de edad, según señala el paciente, en esta etapa la relación con su madre era buena, hasta que cumplió los 13 años periodo en el que cambia su comportamiento a consecuencias de que empezó a consumir drogas, también señala que en el colegio; en octavo tenía buenas calificaciones, a partir del noveno años sus calificaciones bajaron y empieza a presentar una relación conflictiva con docentes por mal comportamiento (insultos verbales y no acatar normas y reglas), no obstante el paciente señala que era bastante sociable con sus compañeros.

En cuanto a la historia del síntoma, el paciente señala que inicia el consumo de sustancias a la edad de 13 años, empezando con alcohol; consumo que inicia por curiosidad y presión social de parte de la pareja y amigos, el paciente menciona lo siguiente: “tomé dos vasos de switch con los cuales me sentí mareado”, en un inicio el consumo fue ocasional y posteriormente aumenta en cantidad y frecuencia llegando a consumir de tres a cuatro veces por día. A la misma edad prueba tabaco por primera vez la inicio su consumo era esporádico, después aumenta en cantidad y frecuencia llegando a consumir hasta 5 cigarrillos de tabaco al día, esto lo hacía unas tres a cuatro veces a la semana según menciona el paciente.

Consume cannabinoides (marihuana) también a la edad de 13 años con un compañero del colegio por pertenecer a su grupo de amigos, el paciente menciona lo siguiente: “la primera vez no tuvo ningún efecto”, tiempo después el consumo de esta sustancia aumenta en cantidad y frecuencia llegando a consumir todos los días. Hace unas tres semanas antes a la presente entrevista, el paciente menciona que consume por primera vez codeína motivado por un amigo, indica que no le gusto el sabor de la sustancia y que esta no ocasionó ningún efecto en él. Identifica como consecuencias del consumo: cambios en la actitud, bajo rendimiento académico, aislamiento familiar (peleas constantes con la madre) y deterioro social.

Adolescente vestido acorde a edad y sexo, se encuentra aseado y aliñado, se denota adecuado, presenta un estado de alerta conservado, existe colaboración durante la entrevista, aparente consciencia de consumo y necesidad de ayuda ante su problema.

Resultados de las pruebas aplicadas.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Resultado 17pts, Ansiedad leve.

Mini Mental

Resultado 28pts, Ausencia de deterioro cognitivo

Cuestionario CDI:

Resultado 30pts, Presencia de depresión. Según observación clínica adolescente no cumple con características depresivas: no se hace evidente: estado de ánimo triste, anhedonia, disminución de atención, ideas de culpa de ser inútil, pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas, entre otros.

ASSIST:

Resultado: 27pts ALTO en alcohol, 25pts MODERADO en cannabis, 04pts MODERADO en tabaco y un bajo en alcohol 8pts. Sin embargo, según historial de consumo, entrevistas con la familia y adolescente: paciente presenta dependencia a cannabis, alcohol y tabaco, lo cual representa un riesgo para su salud y otro tipo de problemas.

Valoración Mental

Conciencia: Lucida

Orientación: auto psíquica y alopsíquica mente

Atención: Alterada.

Sensopercepciones: no se evidencia alteración aparente.

Memoria: Normal.

Afectividad: Normal

Inteligencia: Normal.

Pensamiento: Curso: sin alteración aparente, Forma: racional, Contenido: no alteraciones

Voluntad: Normal.

Juicio y razonamiento: Lógico. Presencia de mecanismo de defensa negación: minimización en cuanto al consumo.

Diagnóstico: Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias, con síndrome de dependencia (F19.2).

SOLUCIONES PLANTEADAS

Hallazgos	Áreas Afectadas	Técnica	Meta Terapéutica	Nº de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Dependencia a cannabis	Conductual	Definir el problema y establecer un objetivo evaluar un ejemplo	Que la paciente identifique su problema para conocer los resultados que le gustaría obtener.	1	15/06/2021	Se logro que la paciente reconozca su problema y que evalué su situación con un ejemplo.
Disminución de atención,	Cognitiva	Identificar "C", "A" y problemas emocionales	Que la paciente refiera como se sintió en la situación	1	15/06/2021	Se logro que la paciente identifique una situación en concreto y sus emociones.

			que él identifico.			
Ideas de culpa de ser inútil,	Pensamiento	Establecer conexión “B-C” e identificar B además de preparar a la paciente. Tareas en casa.	Que la paciente mencione o reconozca las veces que se ha sentido de la misma manera.	1	22/06/2021	La paciente identifico situaciones pasadas que le provocaron emociones similares a su situación actual.
Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas	Pensamiento	Debatir creencias irracionales y fortalecer creencias racionales.	Inducir la paciente mediante metáforas a que tenga conciencia de sus creencias	1	29/06/2021	Se logro que la paciente tome conciencia de su situación, anulando sus creencias irracionales y fortaleciendo las creencias racionales. Además, con las evaluaciones de las tareas enviadas a casa se logró

			irracional y fortalecer las racionales.			que la paciente afronte las situaciones que le generan cambios emocionales, asuma sus riesgos del proceso de duelo y reconozca su esfuerzo.
--	--	--	---	--	--	---

CONCLUSIONES

Se evidencia que la violencia y rasgos disfuncionales del entorno familiar es el principal factor de riesgo, además no debemos dejar a un lado la influencia directa de los amigos en la recaída de drogas del adolescente del centro de rehabilitación Crati en la ciudad de Cuenca, esto se puede sustentar gracias a los aportes teóricos del presente estudio de caso los cuales fueron una guía para determinar dicho problema.

Por otra parte, se concluye que la metodología cualitativa ejecutada en esta intervención psicológica mediante la observación directa, la historia clínica, la entrevista semiestructurada y las pruebas aplicadas encaminaron al presente estudio de caso a Determinar la influencia de los factores de riesgo en la recaída de drogas en un adolescente del centro de rehabilitación Crati en la ciudad de Cuenca. Se consiguió brindar al paciente un pronóstico favorable mediante una intervención de la Terapia Racional Emotiva que ayudo a que el adolescente manifieste cambios emocionales y conductuales.

Posterior a la aplicación de las técnicas de la Terapia Racional Emotiva y el registro de las creencias, se justifica los alcances logrados en la mejoría del bienestar integral del adolescente mediante el tratamiento terapéutico que se incorporó en el presente estudio de caso, podemos afirmar que la intervención realizada para modificar la conducta y estado emocional debido a un Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias, con síndrome de dependencia es el adecuado.

Para finalizar se destaca que el adolescente del centro de rehabilitación manifestó la colaboración y compromiso necesario para las sesiones realizadas en razón a su situación actual.

RECOMENDACIONES

Se recomienda tomar en consideración el plan terapéutico de la presente intervención psicológica dado que es una guía en intervenciones futuras sobre temas de consumo de drogas y los factores que influyen en dicha conducta adictiva, ya que cuenta con las bases científicas y prácticas de la Terapia Racional Emotiva la cual se encamino a la evaluación y tratamiento de la influencia de los factores de riesgo en la adicción de un adolescente.

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

Se recomienda a la institución que continúe con la metodología ejecutada ya que está a logrado obtener resultados positivos en los pacientes en rehabilitación, todo esto gracias a la inclusión mediante actividades lúdicas, terapias grupales, el uso de espacios abiertos además de la atención agradable y propicia hacia los pacientes.

Bibliografía

- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, A., & Ramírez, C. (2014). *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. México D.F: Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334698/Recaidas_2.pdf
- Blanco, T., & Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 147-157. Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v34n2/1659-2913-rcp-34-02-00147.pdf>
- Castilla, P. (2015). *La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social*. Fundación Tomillo. Obtenido de https://www.trabajosocialhoy.com/documentos_ver.asp?id=158
- Laespada, T., Iraurgi, I., & Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Bilbao-España: Instituto Deusto de Drogodependencias Universidad de Deusto. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
- Martínez, H., Rodríguez, A., & Vences, G. (2019). Factores sociales en la adicción y recaída de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 82-89.

Peñañiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Revista Pulso*, 147-173. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf>

Senado, J. (1999). Los factores de riesgo. *Revista Cubana Médica General Integral*, 446-452. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi18499.pdf>

Tena, A., Castro, G., Marín, R., Gómez, P., De la Fuente, A., & Gómez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 264-277. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim182h.pdf>

Anexo A

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____

Religión: _____

Instrucción: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSOPERCEPCION

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Firma del pasante

Anexo B

“Minimental”

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

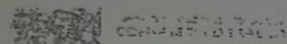
Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ Núm. Historia: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? ¿En qué estación? ¿En qué día (fecha)? ¿En qué mes? ¿En qué día de la semana?	0-1 0-1 0-1 0-1 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? ¿En qué pueblo (ciudad)? ¿En qué provincia estamos? ¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1 0-1 0-1 0-1 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 5 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)		ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Muestre un lápiz o un bolígrafo y pregunte ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dóblelo por la mitad 0-1 pónalo en el suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.		LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

Anexo C



Nombre _____

Fecha _____

Unidad/Centro _____

Nº Historia _____

Edad: _____ años _____ meses. Sexo _____ Curso escolar _____

7.6 CUESTIONARIO - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

1. Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste siempre.
2. Nunca me saldrá nada bien.
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 Las cosas me saldrán bien.
3. Hago bien la mayoría de las cosas.
 Hago mal muchas cosas.
 Todo lo hago mal.
4. Me divierten muchas cosas.
 Me divierten algunas cosas.
 Nada me divierte.
5. Soy malo siempre.
 Soy malo muchas veces.
 Soy malo algunas veces.
6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles.
7. Me odio.
 No me gusta como soy.
 Me gusta como soy.
8. Todas las cosas malas son culpa mía.
 Muchas cosas malas son culpa mía.
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9. No pienso en matarme.
 pienso en matarme pero no lo haría.
 Quiero matarme.
10. Tengo ganas de llorar todos los días.
 Tengo ganas de llorar muchos días.
- Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11. Las cosas me preocupan siempre.
 Las cosas me preocupan muchas veces.
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12. Me gusta estar con la gente.
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
 No quiero en absoluto estar con la gente.
13. No puedo decidirme.
 Me cuesta decidirme.
 Me decido fácilmente.
14. Tengo buen aspecto.
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 Soy feo.
15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes.
16. Todas las noches me cuesta dormirme.
 Muchas noches me cuesta dormirme.
 Duermo muy bien.
17. Estoy cansado de cuando en cuando.
 Estoy cansado muchos días.
 Estoy cansado siempre.
18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 Muchos días no tengo ganas de comer.
 Como muy bien.
19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

"Cuestionario CD

20. Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre

21. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.

22. Tengo muchos amigos
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos

23. Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24. Nunca podré ser tan bueno como otro niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
 Soy tan bueno como otros niños.

25. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere.

26. Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen.

27. Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

Anexo D

“Assist”

OMS - ASSIST V3.0



OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAIS	<input type="text"/>	CLINICA	<input type="text"/>
N° PARTICIPANTE	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

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

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

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

Pregunta 1

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

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

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

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

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

Anexo E

“Escala de ansiedad de Hamilton”

ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON (HAM-A)

El HAM-A sondea 14 parámetros y toma de 15 a 20 minutos para completar la entrevista y para medir los resultados. Cada parámetro es calificado en una escala de 5 puntos, extendiéndose desde 0 = no presente hasta 4 = severo.

Nombre del Paciente

Fecha

1. HUMOR ANSIOSO

Se preocupa
Anticipa lo peor

2. TENSIÓN

Presenta temor
Llora fácilmente
Se agita
Tiembla

3. MIEDOS

Miedo a la oscuridad
Miedo a extraños
Miedo a estar solo
Miedo a los animales

4. INSOMNIO

Dificultad para dormir o mantenerse dormido
Dificultad con pesadillas

5. INTELECTO

Poca concentración
Debilitación de la memoria

6. HUMOR DEPRESIVO

Interés disminuido en las actividades
Falta de placer en lo que hace
Insomnio

7. PROBLEMAS SOMÁTICOS: MUSCULARES

Dolor musculares
Contractura

8. PROBLEMAS SOMÁTICOS: SENSORIALES

Zumbidos
Visión borrosa

9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

Taquicardia
Palpitaciones
Dolor en el pecho
Sensación de debilidad

10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Presión en el pecho
Sensación de asfixia
Respiración entrecortada

11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

Disfagia
Náusea o vómito
Estreñimiento
Pérdida de peso
Llenura abdominal

12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS

Frecuencia urinaria o urgencia
Dismenorrea
Impotencia

13. SÍNTOMAS AUTONOMICOS

Boca seca
Rubor facial
Palidez
Sudor

14. COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA

Intranquilidad
Temblor
Marcha, pasos

TOTAL ITEMS 1 AL 14: _____

Instrucciones de puntaje HAM-A
Suma de las puntuaciones de los parámetros
14-17 = Ansiedad leve
18-24 = Ansiedad moderada
25-30 = Ansiedad severa