



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



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)**  
**DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**PROBLEMA:**

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU INCIDENCIA EN**  
**LA DEPRESIÓN DE UN HOMBRE DE 28 AÑOS DE EDAD DEL**  
**CANTÓN URDANETA**

**AUTOR:**

**JOSE MAURICIO BENITES ROJAS**

**TUTOR:**

**MSC. ARREAGA QUINDE ANDRÉS FERNANDO**

**BABAHOYO 2021**



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



**AGRADECIMIENTO**

A Dios por guiarme durante todo el proceso académico y permitirme alcanzar esta meta importante en mi vida.

A mis padres y abuelos por ser ese pilar fundamental en mi vida los cuales con sus consejos me impulsaron a mejorar y poder alcanzar este logro en mi vida.



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



**DEDICATORIA**

El presente estudio de caso va dedicado a Dios y mi familia la cual amo con mi vida, pero especialmente a un ser maravilloso que, con su forma de ser, consejos me demostró su valiosa compañía durante gran parte de mi vida, pero por razones de la vida ya no se encuentra con nosotros, pero sé que desde el cielo vas a estar celebrando esta meta en mi vida tía Susy Guayalema.



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



**RESUMEN**

Los problemas depresivos son un estado mental que se presenta con gran frecuencia en personas consumidoras de algún tipo de sustancias psicoactivas. El presente caso de estudio tiene como finalidad determinar la relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas y su incidencia en la depresión de un adulto de 28 años de edad. En el proceso investigativo se realizó un estudio descriptivo-correlacional; por tal motivo, se aplicó un análisis conceptual y bibliográfico que permitió profundizar más sobre cada una de los métodos, técnicas y variables planteadas en el caso de estudio. Para determinar la raíz del problema mental del paciente se utilizaron instrumentos tales como: inventario de depresión de Beck en el cual obtuvo un puntaje de 34, que es interpretado como un grado de depresión grave y el test de ASSIT V3.0 determinó positivo para el consumo de cannabis con una puntuación de 15, que se interpreta como un consumo moderado. Para el establecimiento del diagnóstico se utilizaron los criterios de la Guía DSM5 y el Sistema de codificación del CIE 10. Los resultados fueron: los problemas de salud del paciente surgen a partir del fallecimiento de su madre, consume marihuana dos veces por semana, convive con su padre y hermanos de los cuales se encuentra distanciado, presenta dificultad de concentración y bajo estado anímico para la realización de sus actividades diarias. En virtud de los hallazgos detectados se planteó un plan terapéutico que ayude a superar su adicción y mejor su estado mental.

**Palabras claves:** sustancias psicoactivas, depresión, adicción, relaciones interpersonales.



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



**ABSTRACT**

Depressive problems are a mental state that occurs with great frequency in people who consume some type of psychoactive substances. The purpose of this case study is to determine the relationship between the consumption of psychoactive substances and their incidence in the depression of a 28-year-old adult. In the research process, a descriptive-correlational study was carried out; for this reason, a conceptual and bibliographic analysis was applied, which allowed for a more in-depth study of each of the methods, techniques and variables proposed in the case study. To determine the root of the patient's mental problem, instruments such as the Beck depression inventory were used, in which the patient obtained a score of 34, which is interpreted as a severe degree of depression, and the ASSIT V3.0 test determined positive for cannabis consumption with a score of 15, which is interpreted as moderate consumption. The criteria of the DSM5 Guidelines and the ICD 10 Coding System were used to establish the diagnosis. The results were: the patient's health problems arise from the death of his mother, he consumes marijuana twice a week, he lives with his father and siblings from whom he is distanced, he has difficulty concentrating and is in a low state of mind to carry out his daily activities. By virtue of the findings detected, a therapeutic plan was proposed to help him overcome his addiction and improve his mental state.

**Key words:** psychoactive substances, depression, addiction, interpersonal relationships.



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



**INDICE**

AGRADECIMIENTO .....	II
DEDICATORIA.....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT .....	V
INDICE.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	3
JUSTIFICACIÓN .....	3
OBJETIVO GENERAL .....	3
SUSTENTO TEÓRICO .....	4
TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION .....	12
RESULTADOS OBTENIDOS .....	14
SITUACIONES DETECTADAS .....	16
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	17
CONCLUSIONES.....	21
REFERENCIAS .....	22

## INTRODUCCIÓN

Actualmente es común observar a personas que presentan o padecen de depresión por múltiples causas, tales como: entorno social, familiar y factores emocionales, que en su gran mayoría producen actitudes de conductas en vías de escape, como son el consumo de sustancias psicoactivas también conocidas como SPA. Su consumo es posiblemente una de las problemáticas de salud más importantes del mundo, porque causa un problema en la vida de la persona afectada, núcleo familiar y sociedad en general.

Es innegable que en la sociedad donde nos desenvolvemos existe el consumo desmedido de sustancias psicoactivas sin distinción de edad. Es una problemática que abarca adolescentes jóvenes y adultos, la cual genera gran dependencia. Aquellas sustancias más comunes que representan un mayor problema en la salud pública son las permitidas legalmente (cigarrillo, cannabis y alcohol), debido a la facilidad y accesibilidad de conseguirlas.

La investigación realizada sobre el consumo de sustancias psicoactivas y su incidencia en la depresión de un hombre de 28 años de edad está relacionada con la línea investigativa prevención y diagnóstico y sublínea proceso de cambios y conductas adictivas, en virtud de que en el desarrollo del caso de estudio se realizó un análisis del contexto en el que se desenvuelve dicha problemática, factores de riesgo, complicaciones, causas y tratamiento. Por lo tanto, se plantean alternativas basadas en diagnóstico, que distinga el motivo de consumo de sustancias psicoactivas que refleja un hombre de 28 años y su incidencia en la depresión.

En la actualidad, se observa el aumento de personas consumidoras de sustancias, una de las principales causas es la depresión. Aproximadamente entre el 2% al 15% de la población ecuatoriana de 15- 40 años padece de este problema de adicción. Un informe realizado por la Secretaria Técnica de Drogas (Seted) revela que el 9.57% de la sustancia más consumida es el cannabis; por lo expuesto, la finalidad de esta investigación es determinar si existe una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión en un hombre de 28 años de edad.

Según investigaciones realizadas por la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de Salud, alrededor de 4.4 millones de hombres y 1.2 millones de mujeres en Latinoamérica se encuentran dentro del contexto de adicciones de algún tipo de sustancias psicoactivas durante su vida. También resaltan que el perjuicio social por el consumo de sustancias psicoactivas va a obedecer a la relación de una serie de factores, como la manera de consumo, tipo de sustancia, condiciones personales, familiares, psicológicas y entorno social.

La presente investigación radica en identificar la relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas y su incidencia en la depresión de un hombre de 28 años de edad, en la cual se analiza las principales causas y cómo estas interfieren en el día a día de sus actividades cotidianas. Por lo tanto, la investigación sobre la SPA y su incidencia en la depresión permite reconocer los principales factores de riesgo que pueden acarrear la falta de interés o importancia de este tipo de trastorno psicológico. Por otra parte, en el diagnóstico de la situación problemática se detalla y especifica el tipo de técnicas cognitivas utilizadas con sus respectivos propósitos para la resolución del conflicto.

## **DESARROLLO**

### **JUSTIFICACIÓN**

El estudio de caso es trascendental de realizar debido al entorno social en que las personas se desenvuelven, ya que el consumo de sustancias psicoactivas es un conflicto que actualmente afecta en gran medida a adolescentes, jóvenes y adultos; por tal razón, es importante efectuar un análisis sobre el uso desmedido de dichas sustancias y su incidencia en la depresión para identificar los factores que inciden de forma directa e indirecta en el surgimiento de esta problemática. La investigación tiene como punto de partida un plan de terapia, utilizando diferentes métodos y técnicas psicológicas con la finalidad de recomendar alternativas de solución para mejorar el estado de salud mental del paciente.

No existe ser humano exento de padecer este tipo de trastorno; por tal motivo, la realización del estudio tiene relevancia social; además, permite identificar de forma explícita los efectos o consecuencias que desencadena el consumo de sustancias psicoactivas y como este incide en la presencia de depresión en una persona. Los beneficiarios directos de la realización del caso estudio son el paciente y núcleo familiar, debido a que con la implementación de una propuesta terapéutica se contribuye al crecimiento integral de la persona; mientras que, los beneficiarios indirectos es toda la comunidad académica que pueda acceder a investigaciones de esta naturaleza.

El trabajo investigativo es factible de realizar en virtud de que se tiene acceso a los materiales y recursos necesarios para la realización de la investigación; es decir, el uso de técnicas y métodos psicológicos en la observación y análisis del estado mental y psiquis del paciente, acceso a bases teóricas que validen de manera científica los argumentos que se planteen en la investigación y también se cuenta con los recursos financieros necesarios para desarrollar el caso de estudio.

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas y su incidencia en la depresión de un hombre de 28 años del Cantón Urdaneta.

## SUSTENTO TEÓRICO

### Sustancias psicoactivas

La Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS , 2020) manifiesta que las sustancias psicoactivas (PSA) también conocidas como droga, son consideradas un tipo de compuesto natural o químico que genera algún tipo de alteración a nivel del sistema nervioso, afectando emociones, pensamientos y sentimientos. Esta definición abarca tanto las sustancias lícitas como tabaco y alcohol e ilícitas como cannabis, cocaína, anfetaminas, heroína, entre otras. Aproximadamente alrededor de 4.4 millones de hombres y 1.2 millones de mujeres en Latinoamérica se encuentran dentro del contexto de adicciones de algún tipo de sustancias psicoactivas durante su vida.

### Clasificación

Existen diversas formas de clasificar las sustancias psicoactivas; en esta ocasión serán clasificados en tres grupos:

- Según alteraciones en el sistema nervioso pueden ser depresoras, estimulante y alucinógenas.
- Según su origen pueden ser sustancias naturales o sintéticas
- Según su acción farmacológica, calmantes o tranquilizantes

Estas tres clasificaciones se engloban dentro de un marco de peligrosidad, considerándose factores incidentes como el agravio físico al individuo, surgimiento de dependencia a raíz de su consumo y alteraciones en las relaciones interpersonales con la familia, amigos y sociedad (Personal de Infodrogas, 2016).

### Causas

No existe una causa determinada, pero puede depender de varios factores como: curiosidad por los efectos de una sustancia determinada, influencia de amistades para alcanzar su aceptación, experimentar sensaciones nuevas y peligrosas, desequilibrios emocionales, intelectuales o sociales, falta de autoestima, problemas familiares, presencia de ansiedad o depresión, huir de algún dolor o frustración. Muchas de las personas que se encuentran dentro de este cuadro de consumo de sustancias psicoactivas presentan depresión, trastornos de atención, estrés postraumáticos u otros problemas psicoemocionales (Sagñay, 2012).

Según Caudevilla (2019) expone una serie de criterios respecto al cuadro de consumo de sustancias psicoactivas, en la cual existen cuatro aspectos importantes a considerar para determinar la magnitud de los daños ocurridos en la persona consumidora; los mismos que se detallan a continuación.

### **Dependencia, abstinencia y tolerancia**

Existen un sinnúmero de efectos ocasionados por el consumo de drogas; sin embargo, uno de los más importantes es su capacidad de producir dependencia. De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) en el Manual DSM-V define como dependencia a sustancias conjunto de síntomas de comportamiento, cognoscitivo y fisiológicos; que demuestran que la persona sigue consumiendo una sustancia a pesar de la presencia de complicaciones a casusa de su consumo. La persona consumidora adquiere un patrón de autoadministración que conduce a la tolerancia, abstinencia y consumo desmedido.

La abstinencia es la presencia de signos y síntomas a causa de la falta radical del consumo de drogas, la misma que desaparece al volver a consumir. Para que haya presencia de abstinencia debe existir anteriormente un consumo cotidiano de semanas o meses, que desencadenen cambios neuroadactativos al paciente como resultado del cese brusco del consumo de drogas. La tolerancia respecto al consumo de sustancias psicoactivas se define como la necesidad recurrente y progresiva de consumir drogas cada vez en cantidades mayores a las anteriores con la finalidad de alcanzar el efecto deseado. Se da comúnmente tras el consumo de estimulantes (Caudevilla, 2019).

### **Abuso de sustancias psicoactivas**

De acuerdo con APA (2014) el término abuso de sustancias psicoactivas forma parte de los trastornos que diagnostica el manual DSM- V y lo denomina como abuso al consumo exagerado o recurrente de algún tipo de droga que afecta o amenaza con alterar el estado de salud física, mental y entorno social del individuo. La guía del CIE 10 lo ubica dentro de la categoría de diagnóstico consumo perjudicial a nivel personal, familiar, psicológico, fisiológico, legal y social (OPS/OMS, 2016). Existe una diferencia abismal entre uso y abuso. El uso de droga hace referencia al consumo que no causa daños perjudiciales en la salud del individuo, no presenta ni dependencia ni abstinencia; mientras que en el abuso ocurre todo lo opuesto ocurrido en el uso de sustancias.

## **Modelo psicosocial**

Este modelo expresa que un individuo se convierte poco útil a la sociedad cuando comienza un nivel de dependencia a causa de cualquier sustancia (cannabis, heroína alcohol, tabaco, etc.). La conducta humana debe ser definida con un aspecto psicosocial, pues debe ser considerada como el conjunto aspectos físicos, psicológicos y sociales; por ello se consideran tres modelos: la teoría de la conducta planificada, de personalidad y modelo psicosociológico de salud mental (Mendoza & Peña, 2017).

## **Teorías explicativas sociológicas sobre el consumo de drogas**

Becoña (2017) manifiesta en su estudio realizado que existen diversos grupos de teorías y modelos que explican sobre el consumo de drogas, el cual se detalla a continuación:

- Teorías y modelos parciales: se basan en expresar el consumo de sustancias psicoactivas a través de limitados componentes o elementos. Incluye las teorías de modelos biológicos que justifica la presencia de trastornos por causas biológicas y el modelo de salud pública basado en evidencias médicas. La más importante dentro de este grupo es la teoría del aprendizaje que establece a la conducta humana como un fenómeno en constante descubrimiento en cuanto a leyes y aprendizaje social.
- Teorías y modelos de Estadíos y Evolutivas: basan su explicación a través del desarrollo evolutivo de los seres humanos en relación a la madurez y al consumo de sustancias psicoactivas. Uno de los más conocidos es el modelo de Kandel, y se fundamenta en que el consumo de sustancias inicia como una secuencia; es decir, se comienza con una sustancia que actuará como un factor facilitador para experimentar con otro tipo de drogas.
- Teorías y modelos integrativas y compresivas: consiste en explicar a través de la incorporación de diversas teorías y sus componentes el consumo de drogas. Se encuentran dentro de este grupo los patrones de prevención de salud, las teorías de aprendizaje sociales y el modelo de crecimiento social de Hawkins que explica la conducta de consumo de sustancias mediante relaciones de desarrollo de predicción y factores de riesgo.

## **Depresión**

Según la OMS (2020) manifiesta que la depresión es un trastorno de tipo emocional y mental frecuente en todo el mundo y es considerado un problema de salud serio cuando es de duración e intensidad prolongada. La presencia de este trastorno en la vida de cualquier individuo puede alterar funciones en el ámbito laboral, familiar, académico y social. Se estima que alrededor de 300 millones de personas padecen de trastornos depresivos en todo el mundo y que cada año alrededor de 800.000 sujetos llegan al suicidio a causa de la depresión.

La guía de diagnóstico del DSM 5 califica a la depresión como un tipo de trastorno depresivo mayor. Explica que cuando existe este tipo de traumas el individuo presenta bajo estado anímico la mayor parte del día, pierde el interés por realizar sus actividades diarias, presenta aumento o disminución de peso, dificultades para conciliar el sueño, experimentan sentimientos de culpa y tristeza, falta de concentración y pensamientos suicidas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **Factores de riesgo**

En la actualidad, no se han definido con exactitud cuáles con los factores desencadenante para el desarrollo de la depresión en la vida del individuo. El Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014) clasifica en tres grupos los factores de riesgo con mayor incidencia en la depresión:

- Factores personales y sociales: la depresión se manifiesta con mayor prevalencia en las mujeres y por lo general es común que inicie en la adolescencia. Los factores de riesgo que se considera dentro de esta categoría son las patologías crónicas mentales o físicas y el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y el tabaco. Los aspectos negativos y pesimistas de una persona pueden influir en la presencia de depresión; sin embargo, son los problemas de ansiedad la causa número uno de padecer depresión. Dentro del ámbito social tiene gran incidencia el aspecto socioeconómico, y laboral.
- Factores cognitivos: estos se determinan generalmente aplicando el Test de inventario de Beck, donde se considera que los pensamientos y sentimientos genuinos, aspectos negativos, creencias equívocas son base para recopilar y procesar la información.

- Factores familiares y genéticos: existe una alta probabilidad que hijos de personas que han presentado cuadros de depresión experimenten esta situación por predisposición genética. Una de las características que puede influir en su presencia es el polimorfismo de algún gen codificador y transportador de serotoninas.

### **Tipos de depresión**

Vidal (2020) plantea que la depresión es un problema mental que se manifiesta por un bajo estado anímico y sentimientos de dolor y tristeza; por tal motivo clasifica a la depresión en tres sencillos grupos.

- Depresión mayor: se origina comúnmente por factores internos o de carácter biológico; es decir, existe mayor predisposición por factores genéticos que por algún factor externo.
- Depresión reactiva: es el resultado de situaciones experimentadas en el entorno social, generalmente por consecuencias estresantes.
- Distimia: también conocida como neurosis depresiva, su nivel de depresión es menor a las anteriores; es decir de baja intensidad, pero evoluciona crónicamente si se da por un periodo mayor a dos años; este tipo de depresión no presenta síntomas.

### **Signos y síntomas de depresión**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2021) plantea los siguientes signos y síntomas de depresión:

- Sentimientos permanentes de dolor emocional y tristeza.
- Sentimientos de pesimismo
- Enojo, frustración, intranquilidad
- Sentimientos de culpa e impotencia
- Falta de interés en actividades cotidianas
- Falta de energía y fatiga
- Falta de concentración
- Insomnio
- Alteraciones en el apetito
- Suicidio

Para establecer un diagnóstico de depresión el individuo debe presentar por los menos cinco de los síntomas mencionado anteriormente todos los días por un tiempo aproximado de dos semanas. Son los doctores de atención primaria quienes establecen este diagnóstico y derivan a profesionales de la salud mental que son lo que se encargan de establecer un plan terapéutico para mejorar el estado de salud del paciente.

### **Depresión y consumo de sustancias psicoactivas**

Arias (2012) establece que la depresión se considera como el trastorno mental más frecuente en pacientes consumidores de sustancias. Existen investigaciones que demuestran que las sustancias psicoactivas afectan los mismos neurotransmisores que el trastorno depresivo estableciéndose relación en la presencia de noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica. Aproximadamente el 95% de los casos depresivos parten del consumo de sustancias.

Los síntomas en esta clase de pacientes son diversos y van desde la intoxicación, abstinencia, hasta trastornos emocionales inducido por sustancias. De ahí la importancia de tratar la depresión desde el inicio. El diagnóstico correcto para este tipo de trastorno presenta muchas dificultades; ya que este se establece en virtud de lo que manifiesta el paciente y en muchos casos se omiten datos relevantes o se disfrazan ciertas situaciones causando alteración en la determinación del diagnóstico. En pacientes drogodependientes es común encontrar problemas de depresión en contextos como abstinencia e intoxicación. Por ejemplo, el criterio del CIE-10 considera la presencia de problemas depresivos como una causa común de diagnóstico de intoxicación aguda por el consumo de drogas (OPS/OMS, 2016). Por otra parte, el criterio DSM 5 establece para el diagnóstico depresivo mayor una relación claramente con otros trastornos para evitar sobre diagnosticar la causa (APA, 2014).

### **Psicoterapia**

La psicoterapia, entrevista o terapia de dialogo en este tipo de patología dual tiene la finalidad de encaminar al paciente a establecer nuevas maneras de pensar, actuar, comportarse, y cambiar estilos de vida inadecuados. Existen dos tipos de terapia para abordar este tipo de patología, que son la terapia cognitiva conductual en la cual el paciente debe aprender a cambiar patrones de conductas, comportamiento y terapia interpersonal que se centra en evaluar algún tipo de acontecimiento que le haya ocurrido al paciente y que afecte su estado de salud mental (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2021).

Gonzalez (2018) expone el siguiente abordaje psicoterapéutico para pacientes que presentan trastornos de consumo de sustancias y depresión:

### **Pruebas complementarias**

Dentro de este parámetro se consideran importante la aplicación de los siguientes instrumentos:

- La entrevista semiestructurada: se diagnostica en función de los criterios DSM5.
- Inventario de depresión de Beck
- Cuestionario de autodiagnóstico
- Escala de Hamilton
- Escala PHQ 9

### **Objetivos terapéuticos**

- Realizar modificaciones en el área cognitiva, somática, fisiológica, afectiva y emocional
- Proponer un modelo de autocontrol y seguimiento
- Cese del consumo de sustancias psicoactivas
- Lograr que el paciente confíe en su autoeficacia
- Recomendar un programa de anti recaídas mediante la incorporación a una terapia grupal

### **Terapia cognitiva conductual**

Según González (2018) es un tipo de terapia que tiene como estrategia la disminución de síntomas de cualquier trastorno mental que afecte comportamientos y actitudes del individuo, su aplicación es tan efectiva como el uso del tratamiento farmacológico. Esta terapia permite realizar cambios en los siguientes aspectos:

- Corrección de creencias equívocas: la terapia cognitiva conductual permite realizar cambios en las creencias establecidas del paciente sobre el consumo de sustancias psicoactivas y depresión y sustituirlos por convicciones más realistas.
- Prácticas en la resolución de problemas: respecto al consumo de sustancias y depresión: dentro de esta variable se considera determinar la orientación y definición del problema, plantear posibles soluciones y aplicarlas, comprobación de su eficacia ante una posible crisis conflictiva

- Mejorar habilidades sociales: el paciente debe modificar el círculo social que le proporcione actitudes negativas y desagradables.
- Programación de actividades: la aplicación de esta variable permitirá al paciente mantenerlo ocupado, disminuyendo el riesgo de pérdida de ánimo e inmovilidad.
- Programa de prevención de recaídas: fue diseñado para establecer un plan de autocontrol. Ayuda al paciente a prevenir o anticipar el riesgo de una recaída por algún cambio en su conducta adictiva.
- Terapia de grupo: muchos estudios demuestran que su aplicación resulta beneficiosa en el mejoramiento de las conductas adictivas; ya que estos actúan como un programa de autoayuda que brindan apoyo de índole educativo, emocional, afectivo para establecer cambios en la vida de un individuo.

### **Criterios aplicados para establecer un diagnóstico en el consumo de sustancias psicoactivas y depresión.**

Para establecer un diagnóstico dentro del campo de la psicología o psiquiatría el profesional de salud mental aplica la Guía de consultas de criterio diagnóstico DSM5. Por otro lado, cualquier profesional de salud establece la clasificación de los códigos del CIE 10 para establecer un diagnóstico determinado.

**Criterio de diagnóstico DSM5:** es una guía creada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Su finalidad es establecer un diagnóstico preciso y oportuno en función de algún problema mental; dicho manual también proporciona datos estadísticos a nivel mundial sobre trastornos mentales más frecuentes (APA, 2014, p. 11). **Criterio de CIE 10:** es un manual de clasificación internacional y general de enfermedades. Se caracteriza por presentar una estructura organizada de códigos para determinar con mayor facilidad el traumatismo que presenta una persona. Este manual es considerado como la guía más completa sobre patologías y causas de defunción y a su vez es el más aplicado por su precisión al momento de determinar un diagnóstico. (Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES, 2016, p.10)

## **TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION**

Para el proceso de diagnóstico psicológico resulta necesario aplicar técnicas o herramientas que determinen con precisión el tipo de trastorno que padece el paciente, es por ello que las técnicas utilizadas para la recopilación de información en el desarrollo de este caso fueron: historia clínica, entrevista semiestructurada, observación directa utilizando el instrumento guía de observación (ver en anexos) y los test psicométricos inventario de depresión de Beck y el test de Assist V3.0

### **Historia clínica**

Se utilizó con la finalidad de recabar información específica de las situaciones que se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas y depresión del paciente de 28 años, se analizó el motivo de la consulta, antecedentes familiares, historia personal, laboral, hábitos alimentarios, uso de tiempo libre y aspectos relacionados a su estado mental actual, estos son factores importantes para establecer un pre diagnóstico del trastorno del paciente.

### **Entrevista semiestructurada**

Se utilizó esta técnica mediante la aplicación de preguntas abiertas y cerradas con la finalidad de obtener datos significativos y relevantes que no quedaron claro en la historia clínica. El objetivo de su aplicación fue obtener información crítica de las situaciones que están relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas y su incidencia en la depresión del hombre de 28 años de edad, considerado como paciente de estudio.

### **Observación directa**

Se aplicó la guía de observación, que es un instrumento que permite identificar las conductas a estudiar a través de la percepción. La información obtenida puede ser expresada de manera cuantitativa, categorial o nominal. La aplicación de esta técnica permitió obtener información que el paciente no expresó verbalmente.

## **Test psicométricos**

Se utilizaron dos test para establecer y consolidar el diagnóstico del paciente; con la finalidad que permita posteriormente aplicar las técnicas y actividades pertinentes para plantear una propuesta de solución a la condición psicológica del paciente.

### **Inventario de depresión de Beck**

El inventario de depresión de Beck (BDI-II) fue creado por Aaron T Beck en 1998. Es un auto cuestionario conformado por 21 preguntas de alternativas múltiples; su objetivo es determinar el nivel de depresión de una persona ocasionado por síntomas como sentimiento de culpa, tristeza, fracaso, pensamientos suicidas, entre otros. El uso de este inventario permitió determinar el grado de depresión del paciente e identificar sus causas.

Se utiliza la escala de interpretación del Inventario de Beck para clasificar la depresión en diferentes niveles, de acuerdo a la puntuación obtenida tras su aplicación donde se considera que de: 1-10 estos episodios son considerados normales, 11-16 leve perturbación del estado anímico, 17-20 estados de depresión intermitentes, 21-30 depresión moderada, 31-40 depresión grave, mayor de 40 depresión extrema. Una puntuación constante de 17 o más indica que necesita ayuda profesional. (Salas Fidalgo, 2016)

### **Test de Assist V3.0**

El test de Assist V3.0 fue diseñado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2011. Es una prueba que permite detectar el consumo de alcohol, tabaco y sustancia ASSIST; de ahí sus siglas en inglés "*The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*". El cuestionario está formado por 8 preguntas y fue diseñado para ser utilizados en niveles de atención primarios de salud. La aplicación de este test permitió identificar la sustancia psicoactiva, frecuencia de consumo del paciente y problemas relacionados a partir de su ingesta. La escala de interpretación del test de Assist para determinar el grado de consumo de sustancia es: 0-3 consumo bajo, 4-26 consumo moderado, de 27 en adelante consumo alto. (OMS, 2003)

## **RESULTADOS OBTENIDOS**

Paciente adulto de 28 años de edad oriundo del cantón Urdaneta, Provincia de Los Ríos acude a consulta psicológica remitido por el Departamento Dece. Por motivos de protección le denominamos “Carlos” como nombre ficticio. Carlos es un hombre de 28 años; el mayor de tres hermanos; su religión es católica y está soltero. Actualmente vive con su padre y sus dos hermanos. Su madre falleció hace aproximadamente 9 meses y a partir de ahí inician sus problemas. Se encuentra cursando el último año de bachillerato y trabaja de manera independiente. Se realizaron cinco sesiones, cada una con una duración de 40 minutos aproximadamente; las cuales se detallan a continuación:

### **SESIONES**

#### **Primera sesión**

Inició el día 01 de junio del 2021 a las 10:00 a.m., en esta sesión se aplicó la técnica de la historia clínica para realizar el análisis de las causas que generaron el problema; se obtuvieron datos del motivo de consulta, en donde manifestó lo siguiente: “desde que murió mi madre experimenté muchos cambios, lloro casi todas las noches antes de acostarme, no tengo ganas de hacer nada, no puedo concentrarme en las clases, ni al hacer tareas, siempre estoy pensando en mi mamá, ella era todo para mí. Desde hace un mes no puedo conciliar el sueño, me he distanciado de mi papá y hermanos. Meses atrás unos amigos me comentaron que, si consumía Marihuana, olvidaría mi dolor y desde ahí lo hago 2 veces a la semana; cuando consumo siento que estoy viendo a mi madre”. También se indagó mediante preguntas de tipo personal sobre su estado emocional, antecedentes familiares, personales, estado mental y otros aspectos determinantes en la investigación de la problemática establecida

#### **Segunda sesión**

Esta sesión se la realizó el 08 de junio del 2021 a las 10:00 a.m., ocho días después de la primera sesión se finalizó con datos que faltaban de la historia clínica y se aplicó la entrevista semiestructurada compuesta por 7 preguntas entre abiertas y cerradas relacionadas a: estado emocional, aspecto social, familia y trauma sobre consumo de sustancias. Se planteó esta técnica con la finalidad de profundizar más sobre el problema que presenta el paciente, ya que a través de la historia clínica solo se obtuvieron datos generalizados que no permiten establecer con veracidad las razones que desencadenaron la condición actual del adulto de 28 de años.

### **Tercera sesión**

Fue realizada el 15 de junio del 2021 a las 10:00 a.m., en esta sesión se aplicó la observación directa, permitió analizar acciones y conductas para establecer los posibles avances o cambios del comportamiento del paciente en el tiempo transcurrido, periodo en el cual realiza diferentes actividades en el entorno que se desenvuelve. Se enfatizó en la importancia de adaptarse socialmente, los hábitos de alimentación y sueño, su desempeño en el aspecto académico, estado mental, identificación de sentimientos, pensamientos; los cuales son factores estratégicos indispensables para continuar la evaluación del paciente. Como tarea enviada a su casa, se pidió al paciente que diferencie las evidencias positivas y negativas que corroboran sus sentimientos.

### **Cuarta sesión**

Se desarrolló el 22 de junio del 2021 a las 10:00 a.m., en esta sesión se procedió a aplicar el inventario de depresión de Beck. La aplicación de este test ayuda a la determinación del diagnóstico, puesto que mediante una escala cuantitativa determina el grado de depresión que padece el paciente. Se procedió a la revisión y análisis de la tarea enviada en la sesión anterior, donde el paciente manifestó los aspectos negativos y positivos de sus sentimientos; lo cual resultó de gran ayuda como terapeuta, pues permitió evaluar más su estado mental y emocional.

### **Quinta sesión**

Se desarrolló el 29 de junio del 2021 a las 10:00 a.m., en esta sesión se aplicó el test de Assist con el propósito de identificar el tipo de sustancia psicoactiva, frecuencia, motivo de consumo, problemas surgidos a partir de su ingesta que presenta el adulto de 28 años. Se continuó con un análisis sobre su control en la evaluación de su estado de ánimo, pensamientos y sentimientos actuales, observándose avances positivos. En esta misma entrevista se procedió a dar el psicodiagnóstico y las pautas de actividades a realizar para contrarrestar su situación actual.

## **SITUACIONES DETECTADAS**

Los principales hallazgos que se obtuvieron a través de la aplicación de las diferentes técnicas e instrumentos clínicos para la recopilación de información del Psicodiagnóstico, evidenciaron la relación que existe entre la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas.

En las sesiones realizadas se detectó mediante la historia clínica que el problema del paciente inicia a partir del fallecimiento de su madre hace aproximadamente nueve meses. Se continuó con los antecedentes familiares y personales, donde el paciente manifiesta que proviene de una familia de tipo nuclear, en la cual mantenía una muy buena relación con su madre, mientras que con su padre y sus dos hermanos solo tiene una relación cercana; ninguno de ellos presenta problemas psicológicos. A nivel de escolaridad el paciente manifiesta nunca haber sido víctima de bullying. Es de orientación sexual heterogénea, puesto que nunca ha sentido atracción sexual por personas de su mismo sexo, jamás ha presentado problemas legales. Dentro del cuadro psicopatológico se identifica que el paciente presenta falta de concentración en clases y en la realización de tareas, alucinaciones, insomnio, falta de apetito.

En cuanto a los hábitos alimenticios del paciente se evidencia un nivel de alteración, debido a que actualmente tiene un incremento descontrolado de su apetito (comiendo tres veces más de lo recomendado saludablemente), y además consume 2 veces por semana marihuana; manifestando que esta sustancia lo ayuda a ver a su madre fallecida y desde hace aproximadamente un mes presenta insomnio.

Otro hallazgo que se identificó es que el paciente está consciente de su situación y que necesita ayuda. A través de la entrevista semiestructurada donde se realizaron 7 preguntas se detectó que el paciente presenta un bajo estado de ánimo y dolor hasta el punto de llegar al llanto, se encuentra alejado de su padre y hermanos desde la muerte de su madre, solo mantiene buena relación con sus amigos; con los cuales pasa en la calle la mayor parte de su tiempo. No manifiesta interés por aprender nada nuevo, expone las razones por la cual empezó a consumir, también expresa que aspira mejorar su condición social y emocional actual, puesto que su meta a futuro es tener su propio local de mercadería.

Dentro de la observación directa se analiza que muestra un aspecto normal, el lenguaje no verbal (gestos y acciones del cuerpo) refleja zozobra al relatar su problema. Presenta una actitud colaboradora en la entrevista, su lenguaje es fluido y entendible, además se encuentra orientado en tiempo y espacio, pero presenta distracciones durante entrevista.

### **Resultados de test aplicados**

Se realizaron dos test psicométricos (ver en anexo), cuyos resultados fueron los siguientes:

Inventario de depresión de Beck, permitió evidenciar que el paciente obtuvo un puntaje de 34 que es interpretado como un grado de depresión grave, de acuerdo a su escala de interpretación, como resultado sus relaciones interpersonales se han visto afectadas especialmente con su padre y hermanos.

Test de ASSIST V3.0, obteniendo como resultado positivo para el ítem C (cannabis) con una puntuación de 15 que se interpreta como un consumo moderado de acuerdo a su escala de interpretación; puesto que consume dos veces por semana. Justifica su consumo como vía de escape para aliviar su dolor.

Todos estos datos preliminares recopilados en las sesiones efectuadas a través de la aplicación de diferentes técnicas e instrumentos permiten emitir el siguiente diagnóstico estructural de acuerdo al criterio DSM 5 Episodio Depresivo grave inducido por el consumo moderado de sustancias 296.99 (F19.24).

### **SOLUCIONES PLANTEADAS**

En la variable de la función cognitiva (problemas de concentración) se plantea la siguiente estructuración.

**Objetivo:** Lograr que el paciente de 28 años de edad mantenga la atención ante cualquier situación y pueda alcanzar la concentración las actividades que desarrolle.

**Técnica:** Se aplicará la técnica de relajación.

**Proceso:** se le pedirá al paciente que respire mediante la utilización del diafragma, expandiendo y contrayendo su abdomen. Realizar el ejercicio durante 5 o 10 segundos. El uso de esta técnica permitirá que el aire llegue a los pulmones favoreciendo la respiración y proporcionando una sensación de tranquilidad, además este ejercicio progresivo contribuye al autocontrol emocional del paciente, de igual manera se emplea un conversatorio donde se motiva al paciente.

**N° de sesiones:** Una sesión.

**Resultados esperados:** Se espera que con esta técnica el paciente mantenga su concentración tanto en clases como en diferentes aspectos o acontecimientos de su entorno social que puedan surgir en el transcurso de su vida.

En la variable emocional afectiva, en la cual el paciente presenta estado anímico bajo, sufrimiento y llanto, se plantea los siguientes criterios estructurados:

**Objetivo:** incentivar al paciente en la mejora de su estado anímico a través del incremento de los estímulos emocionales positivos con la aplicación de técnicas psicológicas

**Técnica:** Se empleará la técnica de listado de nuestras fortalezas para que el paciente de 28 años pueda identificar cuáles son sus virtudes.

**Proceso:** Se comenzará con la aplicación de la técnica listado de fortalezas, la cual permitirá al individuo conocer sus cualidades y como aprender a utilizarlas. Esta técnica permitirá que el paciente se conozca a sí mismo; este instrumento de evaluación está conformado por 24 fortalezas que evalúan la excelencia del individuo como ser humano en sus diferentes facetas desde emocionales hasta personales.

**N° de sesiones:** Una sesión.

**Resultados esperados:** Con esta técnica se espera demostrar las fortalezas que posee el paciente y la convicción de sus capacidades; las mismas que puede mantener y mejorar si se forjan correctamente con perseverancia y diferentes estrategias

En la variable de pensamiento con la problemática de obsesión (todo el tiempo piensa en su madre fallecida, se plantea la siguiente estructura:

**Objetivo:** motivar al paciente en la realización de otras actividades de su interés, con la finalidad de tener su mente ocupada.

**Técnica:** Se implementará la técnica de programación de actividades, procurando que el paciente este ocupado la mayor parte de su tiempo.

**Proceso:** Se le pedirá al paciente que realice un programa de actividades que le proporcionará, este programa se ejecutará en función de las actividades que el paciente realizaba antes del trastorno y en función de sus fortalezas.

**N° de sesiones:** Dos sesiones

**Resultados esperados:** con la aplicación de esta técnica se espera, que el paciente mantenga su mente ocupada en las actividades que se le proporcionó, de esta manera se pretende que deje de lado el pensamiento obsesivo sobre el fallecimiento de su madre. De igual manera esta técnica permitirá que el paciente mejore su estado anímico, disminuya la inactividad y preocupación que puedan surgir en torno a conductas depresivas.

Dentro del área somática, con la problemática de consumo de sustancias psicoactivas (Marihuana). Se plantea la siguiente estructura de solución:

**Objetivo:** Modificar su actitud y comportamiento con respecto al consumo de sustancias psicoactivas.

**Técnica:** Se implementará la técnica de Orientación Conductual, que le permitirá al paciente saber cómo reaccionar y actuar ante situaciones difíciles; una de las técnicas a utilizar es la flecha ascendente.

**Proceso:** Se procede a realizar al paciente una serie de interrogantes sobre el consumo de marihuana hasta lograr generar dudas en sí mismo del porqué de su comportamiento ante el consumo de dicha sustancia.

**N° de sesiones:** Dos sesiones.

**Resultados esperados:** Con la técnica aplicada se espera que el paciente comprenda de manera satisfactoria los efectos adversos que implica el consumo de sustancias psicoactivas y como está afecta en gran medida la vida de la persona consumidora y el entorno social en el que se desenvuelve.

## ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Problemas de concentración en el área educativa.	Lograr que mantenga la atención y desarrollo de su concentración ante cualquier acontecimiento .	Técnica de relajación	1	02/06/2021	Con esta técnica se espera que el paciente alcance un alto nivel de concentración en el ámbito educativo y entorno social en general.
Estado anímico bajo, sentimientos de tristeza y llanto.	Incentivar al paciente en mejorar su estado de ánimo.	Listado de nuestras fortalezas.	1	07/06/2021	Con esta técnica se espera que el paciente reconozca sus fortalezas.
Pensamiento obsesivo sobre el fallecimiento de su madre.	Lograr que el paciente realice actividades de su interés; manteniendo de esta forma su mente ocupada.	Programación de actividades.	2	15/06/2021 21/06/2021	A través de esta técnica se espera que el paciente tenga su mente ocupada en la realización de tareas asignadas.
Consumo de sustancias psicoactivas (Marihuana).	Cambiar o transformar su actitud y comportamiento con respecto al consumo de sustancias psicoactivas.	Orientación Conductual.	2	29/06/2021 05/07/2021	Con esta técnica de la flecha ascendente se espera lograr que el paciente comprenda que el consumo de una sustancia psicoactiva no solo lo afecta a él como persona consumidora, sino también a su entorno y a la sociedad como tal.

## CONCLUSIONES

El análisis realizado en los datos obtenidos de entrevistas, historia clínica y diferentes test de carácter psicométricos; se concluye que el paciente presenta un episodio de depresión grave y consumo moderado de sustancias psicoactivas (marihuana); todo esto como un proceso desencadenante a raíz del fallecimiento de su madre. Este contexto ha perjudicado las relaciones interpersonales del paciente especialmente con su padre y hermanos, su motivación es inexistente, no presenta interés por realizar y aprender cosas nuevas, solo refleja sentimientos de dolor y tristeza.

Es un adulto de 28 años de edad que se encuentra cursando el último año de bachillerato; pero como resultado de los acontecimientos que ha vivido presenta dificultad de atención y concentración en sus clases y desarrollo de sus actividades académicas. El consumo moderado de marihuana ha ocasionado cambios en su alimentación con la presencia de un apetito desmedido y alteración del sueño. El paciente está consciente de su problema y aspira un cambio; lo cual es importante de recalcar pues existió predisposición de su parte facilitando la realización del proceso terapéutico.

Con la investigación realizada en el desarrollo del caso se pudo corroborar que no existe relación entre el consumo de sustancia psicoactivas y el estado de depresión del paciente; debido a que esta última es provocada por la muerte de su madre; pero que mediante la aplicación de terapia e instrumentos y técnicas psicológica se espera mejorar el cuadro clínico del paciente, favoreciendo su estado de ánimo, estilo de vida y su reinserción como un individuo saludable de gran aporte a la sociedad.

Se recomienda que el paciente continúe con el proceso terapéutico, mediante la aplicación de la terapia cognitivo conductual; debido a que es una técnica que promueve la realización de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y mental, pero sobre todo el bienestar del individuo.

## REFERENCIAS

- APA. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Arias, M. (2012). Consumo de sustancias y depresión. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*, 23-25.
- Asociacion Americana de Psiquiatria. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. EEUU: Arlington,VA.
- Becoña, E. (2017). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 16-18.
- Caudevilla, F. (2019). *DROGAS: CONCEPTOS GENERALES, EPIDEMIOLOGÍA Y VALORACIÓN DEL CONSUMO*. España.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (16 de enero de 2021). *The National Institute of Mental Health (NIMH)*. Obtenido de [nimh.nih.gov: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp)
- Gonzalez, M. (2018). Tratamiento de patología dual: Depresión y Trastorno por consumo de sustancias. *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*, 246-247.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. España: d. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).
- Mendoza, Y., & Peña, K. (2017). FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 114-145.

OMS. (8 de agosto de 2003). *OMS - ASSIST V3.0*. Obtenido de Microsoft Word - OMS - ASSIST v3.0 final \_Span\_.doc:  
[https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_spanish.pdf)

OPS/OMS . (8 de enero de 2020). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de paho.org: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

OPS/OMS. (8 de Octubre de 2016). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Obtenido de Manual de Instrucciones: <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume2.pdf>

Organizacion Mundial de la Salud. (30 de enero de 2020). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Personal de Infodrogas. (5 de agosto de 2016). *Infodrogas*. Obtenido de infodrogas.org: <https://www.infodrogas.org/drogas?showall=1>

Sagñay, J. (5 de agosto de 2012). Las drogas: Causas mas comunes de usos y como prevenirlas. *Revista Medica Instituto de Neurociencias Junta de Beneficiencia de Guayaquil*. Obtenido de [medlineplus.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/): <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001522.htm>

Salas Fidalgo, M. (8 de marzo de 2016). *Inventario de Depresion de Beck*. Obtenido de docplayer.es: <https://docplayer.es/17209829-Inventario-de-depresion-de-beck.html>

Vidal, J. (4 de julio de 2020). *Clinica Universidad de Navarra*. Obtenido de Clinica Universidad de Navarra Sitio web: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>

# **ANEXOS**

**Anexo N° 1** Formato de la historia clínica

**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

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

**Anexo N° 2** Formato de la entrevista semiestructurada

**1. ¿Por qué cree usted que lo enviaron aquí?**

---

---

---

**2. ¿Mantienes una buena relación con tu familia?**

**Si ( ) No ( )**

**3. ¿Te emociona realizar alguna actividad?**

**Si ( ) No ( )**

**4. ¿Consumes alguna sustancia?**

**Si ( ) No ( )**

**5. ¿Desde qué edad empezaste a consumir?**

---

---

---

**6. ¿Por qué razón empezaste el consumo de sustancias?**

---

---

---

**7. ¿Cuál es tu meta a futuro?**

---

---

---

## **Anexo N° 3** Formato de guía de observación

### **I. DATOS GENERALES**

**Nombre:**

**Sexo:**

**Instrucción:**

**Tiempo de observación:**

**Fecha:**

**Tipo de observación:**

**Nombre del observador:**

### **II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN**

#### **DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA**

---

---

---

#### **DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE**

---

---

---

#### **DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS OBSERVADAS – REGISTRO NARRATIVO).**

---

---

---

#### **COMENTARIO**

---

---

---

---

## Anexo N° 4 Inventario de Depresión de Beck

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

### **Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:**

#### **Puntuación Nivel de depresión\***

1-10 Estos altibajos son considerados normales.

11-16 Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20 Estados de depresión intermitentes.

21-30 Depresión moderada.

31-40 Depresión grave.

+ 40 Depresión extrema.

\* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

# Anexo N° 5 Test de Assist V3.0

OMS - ASSIST V3.0



## OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	CLÍNICA	<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 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, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

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

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

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



## Pregunta 2

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

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

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

## Pregunta 3

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



#### Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿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 últimos tres meses, ¿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



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



### Pregunta 8

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

#### NOTA IMPORTANTE:

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

#### PATRÓN DE INYECCIÓN

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

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

#### GUÍAS DE INTERVENCIÓN

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

Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo \*

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

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

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

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

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. alcohol		0 – 10	11 – 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.

## OMS ASSIST V3.0 TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

### *Tarjeta de respuesta - sustancias*

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otros - especifique:

---

### *Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)*

**Nunca:** no he consumido en los últimos 3 meses.

**Una o dos veces:** 1-2 veces en los últimos 3 meses.

**Mensualmente:** 1 a 3 veces en el último mes.

**Semanalmente:** 1 a 4 veces por semana.

**Diariamente o casi a diario:** 5 a 7 días por semana.

---

### *Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)*

No, nunca

Sí, pero no en los últimos 3 meses

Sí, en los últimos 3 meses

---

**Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test  
(OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha del Test \_\_\_\_\_

**Puntuaciones Específicas para cada Sustancia**

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o Pastillas para dormir		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
j. Otros – especificar		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

**¿Qué significan sus puntuaciones?**

<b>Bajo:</b>	Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.
<b>Moderado:</b>	Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.
<b>Alto:</b>	Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

## ¿Está preocupado sobre su consumo de sustancias?

<b>a.</b> <b>Tabaco</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... <b>Bajo</b> <input type="checkbox"/> <b>Moderado</b> <input type="checkbox"/> <b>Alto</b> <input type="checkbox"/> (marque una)
	<b>El consumo habitual de tabaco se asocia con:</b>
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel
	Infecciones respiratorias y asma
	Aumento de la presión arterial, diabetes
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores
	Abortos, partos prematuros y niños con bajos pesos al nacer de madres fumadores embarazadas
	Enfermedades renales
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Enfermedad cardíaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares
	Cánceres

<b>b.</b> <b>Alcohol</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... <b>Bajo</b> <input type="checkbox"/> <b>Moderado</b> <input type="checkbox"/> <b>Alto</b> <input type="checkbox"/> (marque una)
	<b>La ingesta excesiva habitual de alcohol se asocia con:</b>
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales
	Dificultad para recordar y solucionar problemas
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de embarazadas bebedoras
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática
	Cánceres, suicidio

<b>c.</b> <b>Cannabis</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... <b>Bajo</b> <input type="checkbox"/> <b>Moderado</b> <input type="checkbox"/> <b>Alto</b> <input type="checkbox"/> (marque una)
	<b>El consumo habitual de cannabis se asocia con:</b>
	Problemas con la atención y motivación
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
	Pérdida de memoria y en la capacidad de solución de problemas
	Aumento de la presión arterial
	Asma, bronquitis
	Psicosis en aquellas personas con antecedentes familiares de esquizofrenia
	Enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Cánceres

<b>d.</b> <b>Cocaína</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... <b>Bajo</b> <input type="checkbox"/> <b>Moderado</b> <input type="checkbox"/> <b>Alto</b> <input type="checkbox"/> (marque una)
	<b>El consumo habitual de cocaína se asocia con:</b>
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso
	Sensación de adormecimiento, acartonamiento en la piel, rascado en la piel
	Accidentes y lesiones, problemas económicos
	Pensamientos irracionales
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía
	Agresividad y paranoia
	Craving o deseo intenso, stress debido al estilo de vida
	Psicosis tras el consumo repetido a altas dosis
	Muerte súbita debido a problemas cardíacos

<b>e.</b> <b>Estimulantes de tipo anfetamínico</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... <b>Bajo</b> <input type="checkbox"/> <b>Moderado</b> <input type="checkbox"/> <b>Alto</b> <input type="checkbox"/> (marque una)
	<b>El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:</b>
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea
	Agresividad y conducta violenta
	Psicosis tras el consumo continuado a altas dosis
	Daño cerebral permanente
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (del éxtasis) en situaciones raras

<b>f.</b> <b>Inhalantes</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... <b>Bajo</b> <input type="checkbox"/> <b>Moderado</b> <input type="checkbox"/> <b>Alto</b> <input type="checkbox"/> (marque una)
	<b>El consumo habitual de inhalantes se asocia con:</b>
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales
	Indigestión, úlceras estomacales
	Accidentes y lesiones
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión
	Alteraciones en la coordinación, enlentecimiento en las reacciones, hipoxia
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (corazón, pulmón, hígado, riñones)
	Muerte por fallo cardíaco

<b>g. Sedantes</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
	<b>El consumo habitual de sedantes se asocia con:</b> Sedación, mareo y confusión Dificultad para concentrarse y recordar cosas Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar Problemas de sueño Ansiedad y depresión Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo. Síntomas de abstinencia graves Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras.	

<b>h. Alucinógenos</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
	<b>El consumo habitual de alucinógenos se asocia con:</b> Alucinaciones (placenteras o molestas) – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias Dificultades para dormir Náuseas y vómitos Aumento en la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial Cambios de humor Ansiedad, pánico, paranoia Flash-backs Aumento en los efectos de enfermedades mentales como la esquizofrenia	

<b>i. opiáceos</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es: .....	Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
	<b>El consumo habitual de opiáceos se asocia con:</b> Pícor, náusea y vómitos Mareos Estreñimiento, deterioro de los dientes Dificultad para concentrarse y recordar cosas Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual Dificultades de pareja Problemas económicos y laborales, delincuencia Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia Sobredosis y muerte por depresión respiratoria	

## OMS-ASSIST

### Tarjeta sobre Riesgos asociados con Inyectarse – Información para pacientes

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños debido a las propias sustancias.

El daño puede provenir de:

- **La sustancia**
  - Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
  - Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
  - Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.
- **La conducta de inyección**
  - Al inyectarse dañar su piel, sus venas y padecer infecciones.
  - Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
  - Sus venas pueden colapsar.
  - Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.
- **Compartir material de inyección**
  - Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de transmitir infecciones víricas a través de la sangre como la Hepatitis B, la Hepatitis C y el VIH.

### ❖ Es más seguro no inyectarse

- ❖ **Si se inyecta:**
  - ✓ use siempre equipamiento limpio (e.g., agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.)
  - ✓ use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas
  - ✓ no comparta el material con otras personas
  - ✓ limpie el área de preparación
  - ✓ límpiese las manos
  - ✓ limpie el lugar de inyección
  - ✓ utilice un lugar de inyección distinto cada vez
  - ✓ inyéctese lentamente
  - ✓ ponga su aguja y jeringa usadas en un recipiente rígido y deshéchelo de forma segura
- ❖ **Si consume drogas estimulantes como las anfetaminas o la cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis.**
  - ✓ evite inyectarse y fumar
  - ✓ evite consumir a diario
- ❖ **Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis.**
  - ✓ evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol
  - ✓ consuma pequeñas cantidades y "pruebe" la droga cuando tenga una nueva dosis
  - ✓ tenga a alguien cerca cuando consume
  - ✓ evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis
  - ✓ tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia