



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

DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN:
MENCIÓN PSICOLOGIA CLINICA

PROBLEMA:

SINDROME DE ULISSES Y SU INCIDENCIA EN EL CONSUMO DE
DROGA “H” EN UN PACIENTE DEL CENTRO DE
REHABILITACION CETAD.

AUTOR:

Lilian Lorena López Lescano

TUTOR:

Dra. Gina Esmeralda Beltràn Baquerizo. MAG. TF



BABAHOYO – MARZO 2021

Resumen

El estudio de caso que se presenta a continuación tuvo como objetivo Identificar la relación entre el Síndrome de Ulises y el consumo de droga H en un paciente atendido en un centro de rehabilitación CETAD para lo cual se llevó a cabo un proceso de exploración sobre los antecedentes personales del participante para así determinar el inicio del consumo así como factores relacionados a sus relaciones interpersonales e intrínsecos de su personalidad, para esto se emplearon herramientas tales como la entrevista clínica, historia clínica, Test de la figura humana de Karen Machover y el Test multiaxial de Millon.

De los resultados de las herramientas antes mencionadas se obtuvo que el usuario cumplía con los diagnósticos para F11 (consumo de opiáceos), F12 (consumo de cannabis), F14 (consumo de cocaína) asociado a F91.2 (trastorno de conducta socializado) y F43.2 (trastorno de adaptación) es decir politoxicomania y patología dual, todos estos trastornos forman parte del Síndrome de Ulises por lo que se hizo necesario implementar un esquema terapéutico de corte cognitivo conductual para suprimir o al menos reducir los daños que este estaba ocasionando en el sujeto, teniendo efectos positivos a corto plazo, requiriendo de un seguimiento para motivar adherencia al tratamiento y prevenir recaídas.

Palabras clave: Síndrome, Ulises, droga H, dependencia, trastornos, tratamiento, cognitivo, conductual

Abstract

The objective of the case study presented below was to identify the relationship between Ulysses Syndrome and H drug use in a patient treated at a CETAD rehabilitation center, for which an exploration process was carried out on the background participant's personal data to determine the start of consumption as well as factors related to their interpersonal and intrinsic personality relationships, for this, tools such as the clinical interview, medical history, the Karen Machover Human Figure Test and the Multiaxial Test were used. of Millon.

From the results of the aforementioned tools, it was obtained that the user met the diagnoses for F11 (opiate use), F12 (cannabis use), F14 (cocaine use) associated with F91.2 (socialized conduct disorder) and F43.2 (adjustment disorder), that is, polydrug addiction and dual pathology, all these disorders are part of Ulysses Syndrome, so it was necessary to implement a cognitive-behavioral cutting scheme to suppress or at least reduce the damage that it was causing in the subject, having positive short-term effects, requiring follow-up to motivate adherence to treatment and prevent relapses.

Keywords: Syndrome, Ulysses, drug H, dependence, disorders, treatment, cognitive, behavioral

Índice

Dedicatoria.....	¡Error! Marcador no definido.
Agradecimiento.....	¡Error! Marcador no definido.
Autorización de la autoría intelectual	¡Error! Marcador no definido.
Certificado final de la aprobación del tutor del documento probatorio dimensión práctica del examen comprexivo previa a la sustentación.	¡Error! Marcador no definido.
Certificado del SAI	¡Error! Marcador no definido.
Certificado del porcentaje de similitud con otras fuentes en el sistema de antiplagio	¡Error! Marcador no definido.
Resultados de Graduación Examen Complexivo	¡Error! Marcador no definido.
Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
Introducción	1
Justificación	2
Objetivo.....	2
Sustentos teóricos	3
Síndrome de Ulises.....	3
Adicción a drogas	5
Técnicas Aplicadas para la Recolección de la Información	9
Resultados obtenidos	11
Conclusiones	18
Bibliografía.....	20
Anexos.....	21

Introducción

El presente estudio de caso trata acerca del “Síndrome de Ulises y su incidencia en el consumo de droga H”, que es precedente a la obtención del título como Psicóloga Clínica en la fase examen práctico de la modalidad examen complejo de grado, tiene como línea de investigación: asesoramiento psicológico y como sublínea asesoría y orientación educativa, personal, sociofamiliar, vocacional y profesional.

Resultado importante llevar cabo el presente estudio de caso tomando en cuenta en primer lugar el gran número de compatriotas que han emigrado a otros lares del mundo en búsqueda de un mejor estándar de vida, huyendo de la miseria y las pocas oportunidades laborales en el medio y que por diferentes motivos han tenido que retornar forzosamente al territorio patrio. A su vez el cada vez mayor número de conciudadanos que quedan atrapados en las fauces de la adicción al alcohol y otras drogas, habiendo identificado una relación coexistente entre la variable antes mencionada y está existiendo una incidencia de la una en relación a la otra.

El estudio de caso se llevó a cabo para determinar cuáles son las motivaciones que llevan a un individuo a sumergirse en el consumo de drogas, cuales son las técnicas más idóneas para realizar el diagnóstico, así como plantear el tratamiento más adecuado a llevar a cabo para rehabilitar al usuario.

Dentro de la metodología implementada y al ser el estudio de caso una investigación cualitativa se optó el uso del método descriptivo y como herramientas de evaluación diagnóstica, la historia clínica, el test de Millon y el test de la Figura Humana, resaltando en la historia clínica el cuadro sindrómico característico del síndrome de Ulises.

Del análisis de resultado se obtuvo que el joven se encontraba padeciendo de un conjunto de patologías comorbidas que estaban aminorando sus capacidades funcionales siendo necesario implementar un tratamiento psicoterapéutico en base a técnicas de la escuela cognitiva conductual, las cuales dieron frutos positivos en el usuario.

El presente estudio de caso en el orden del desarrollo de su contenido se encuentra dividido de la siguiente manera: justificación, objetivo, sustento teórico, técnicas aplicadas para la recolección de información, resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones y por último la bibliografía de donde se obtuvo la información.

Justificación

La importancia de explorar los efectos del síndrome de Ulises se debe principalmente a la gran cantidad de familias que han tenido que migrar en búsqueda de mejor situación de vida y que en muchos casos y por diversos motivos han tenido que volver al país ocasionando en los jóvenes en especial el shock cultural y problemas de adaptación, lo que puede derivar en la utilización de estupefacientes, problemas psicoemocionales, etc.

El presente estudio de caso ha sido de gran impacto ya que con la consecución del mismo se obtuvo información de primera mano que sirve para prevenir sobre las consecuencias nefastas de este síndrome, así como generar conocimientos que ayuden en el abordaje clínico de esta patología.

A medida que avanzo la intervención psicológica resulto cada vez de mayor trascendencia su realización ya que gracias a la indagación clínica se diagnosticó el padecimiento de síndrome de Ulises y su relación con el consumo de la droga H, pudiendo de esta manera tener una visión holística de la problemática y cimentar las bases para el debido plan psicoterapéutico.

El beneficiado fue el usuario de un CETAD al que se trató psicológicamente en modalidad presencial, además resultaron beneficiados sus familiares ya que por medio de videollamadas se realizaron intervenciones de tipo sistémico con esto se contribuyó a reestructurar el esquema familiar y reinsertar al participante del estudio de caso a este y a la sociedad la cual también resulta beneficiada.

A su vez fue factible ya que se contó con la colaboración del personal de la institución como directivos y psicólogos los cuales dieron todas las facilidades para la intervención psicológica, además el paciente brindó toda la información deseada, resulto viable ya que se dispuso de los recursos metodológicos como técnicas e instrumentos para el logro de los objetivos formulados.

Objetivo

Identificar la relación entre el Síndrome de Ulises y el consumo de droga H en un paciente atendido en un centro de rehabilitación CETAD

Sustentos teóricos

Las personas que han migrado, se ven sometidos a cambio en su estilo de vida diferentes a la que acostumbraban anteriormente en su ciudad natal, lo cual puede producir estrés ante la fuerte demanda de situaciones a la que deben enfrentarse, los adolescentes posiblemente pueden responder de forma negativa ante los cambios como por ejemplo sucumben ante el uso y abuso de drogas para disminuir los sentimientos de no pertenencia, ante la ansiedad y preocupación de no poder adaptarse al medio.

Lo último compete al caso analizado porque al retornar a nuestro medio es muy común habitar en lugares en donde se ha “normalizado” el uso de ciertas sustancias por el barrio y a veces por toda la comunidad, tomemos en cuenta que es más fácil que la gente se aficione a las sustancias si en su entorno se considera normal el uso de las mismas, estas condiciones hacen que sea más fácil usar sustancias, como el alcohol, la marihuana y otras drogas. La autora Torres (2019) expresa que:

La relación entre la migración y el síndrome de Ulises ha sido estudiada a través del tiempo por varios autores por lo que existen varias investigaciones nacionales e internacionales que constituyen un sustento teórico y metodológico con las cuales ayudan a entender el proceso de migración como situación de alta vulnerabilidad que aumenta los riesgos y la posibilidad de que los migrantes empiecen a presentar cierto nivel de estrés crónico y múltiple (pág. 15).

Síndrome de Ulises

Este síndrome descrito por el Psiquiatra Joseba Achotegui (2002) fundador del Servicio de Atención Psicopatológica refiere “experimentar un alto nivel de estrés la cual puede desencadenar múltiples sintomatologías que puede afectar de manera directa a la salud física como mental” (pág.23). Un cuadro psicológico que describe una serie de estresores que sufre toda persona al emigrar de su país de origen, en la que se enfrentan a situaciones complicadas.

La aparición característica de sintomatología depresiva atípica, en conjunto con la ansiedad, somatomorfos y disociativos, “la presencia del síndrome de Ulises da a notar una serie de síntomas respecto al cuadro sindromico que indica la inestabilidad en cuanto al área mental el cual se puede ir deteriorando con el tiempo” (Loizate, 2005, pág. 168). Es por ello

que se debe identificar la sintomatología para poder tratar este síndrome a tiempo ya que a futuro puede ser difícil detenerlo.

Hay factores que potencian el estrés crónico en el migrante, no es lo mismo padecer uno que muchos estresores, más riesgo de afectar la salud mental, y además, estos desencadenantes se potencian entre sí. “Los estresores se potencian: soledad, miedo, inseguridad esto a la larga hace que el migrante se hunda en un estado emocional depresivo del cual, de no recibir el apoyo necesario, difícilmente saldrá” (Loizate, 2005, pág. 169). El estrés es acumulativo ya que estas situaciones pueden mantenerse por largos períodos de tiempo, unos días o semanas y hasta años. Impotencia, se habla de estresores límite, de estrés crónico y múltiple por la gran intensidad y relevancia emocional, es ese sentimiento de que haga lo que haga, aunque ponga el mayor esfuerzo, no puede mejorar la situación

La etiología del área depresiva está originada por las pérdidas o duelo migratorio, este duelo migratorio no desaparece nunca, es recurrente, tiende a cronificar sé y renace con las adversidades. Se puede originar un duelo múltiple, compuesto por aproximadamente 7 duelos en las cuales tenemos la separación de personas con las que se ha creado vínculos amorosos, la cultura, ante la sociedad, del contacto con el grupo étnico y inseguridad. “Por lo que las personas que llegan a un país sin tener un ser querido presentan sentimientos de tristeza de temor de que no vuelvan a verlos más” (Loizate, 2005, pág. 167). Es por ello que una persona que llega a un país nuevo comienza a presentar signos similares a la ansiedad al exponerse a una situación desconocida, en la que no tiene garantías de algo seguro, en donde salen de su zona de confort por algún motivo esencial.

Algunos de los síntomas que engloban a esta patología “única y propia” de los inmigrantes según Peyrí (2007) son “ansiedad, depresión, trastornos disociativos y psicósomáticos e incluso trastornos sicóticos, este síndrome, con estrés crónico o múltiple, tiene su desencadenante en una serie de “duelos” derivados de la pérdida de algo muy importante para el individuo” (pág. 36). La separación de lo conocido, de la cultura, su gente, el trato ocasiona múltiples desórdenes mentales, desequilibrar la psique, dada la no aceptación y peor adaptación al nuevo entorno

La Migración.

Se entiende como migración al desplazamiento desde un lugar a otro de destino para habitar en él; este un proceso que implica dejar un modelo y estilo de vida, para incorporar otro

nuevo la migración es un fenómeno muy antiguo tanto como el mismo ser humano, es parte fundamental de la historia de la humanidad. Ahora son muy pocos los lugares en el mundo que están libres de las corrientes migratorias, y son pocas las familias que no tienen un miembro, alguien conocido o de su comunidad, que haya migrado o tenga pensado hacerlo.

“El movimiento de personas desde su país de origen supone una emigración, y al país de llegada se entiende como una inmigración, por lo tanto, emigrante es aquella persona que se va e inmigrante es aquella persona que llega” (Donoso, 2009, pág. 68). Existen diferentes motivaciones que llevan a una persona tome la decisión de abandonar su lugar de origen y estas pueden ser tan diversas, entre estas puede darse por motivos personales, familiares, laborales, políticas, económicas, bélicas, religiosas, de salud, catástrofes naturales en fin estos dependerán de circunstancias variadas.

Características del migrante.

Como afirma Eduardo Sandoval (1993) “según el país al que llega el migrante las características puede ser diferentes, sin embargo, para delimitar dichas características explica las principales características de la migración son” (pág. 83).

- Amplitud geográfica.
- Durabilidad.
- Ubicación en el país receptor.
- Causalidad.

El regreso del inmigrante es una nueva migración

El retorno al país de origen, llega una persona muy diferente de la que un día marchó y llega a un país que también es diferente. “El regreso del inmigrante es una nueva migración, tiempo en que ha vivido fuera del país de origen, se han producido muchos cambios, tanto en la personalidad del inmigrante como en la sociedad de la que un día partió” (Aldaz, 2019, pág. 47). La vuelta del migrante después de haber pasado fuera algún tiempo también trae secuelas emocionales más aún si esta ha sido en una etapa temprana de vida, como en el caso atendido, sintiendo el peso de una realidad distinta a la conocida al país donde ha pernoctado.

Adicción a drogas

La droga modifica la función del cerebro; estas modificaciones podrían mantenerse por un cuantioso tiempo, pueden crear graves dificultades como pérdidas de memoria, cambios de humor, incluso dificultad para razonar y determinar algo. La adicción está considerada como

una enfermedad, así como lo son la diabetes y el cáncer. Muchas personas consideran que la adicción es sencillamente una flaqueza del carácter del ser humano,

Dentro de este ámbito disruptivo social “No existe un prototipo de persona cuando se refiere a la adicción, ya que puede tenerla cualquier ser humano independientemente de su origen, o de si es rico o pobre” (Scott, 2015, pág. 41). La adicción no respeta ni la edad, ni el sexo, ni raza; es una enfermedad que se puede apoderar de la persona si no se tiene la debida precaución. Cuando se habla de adicción, se habla de esclavitud porque la persona pasa a ser completamente dependiente del químico llegando a afectarle en los ámbitos en lo cual se relacione.

Tipos de drogas.

Existen diferentes criterios para clasificar a las drogas, pero el más conocido es el planteado por la Organización Mundial de la Salud (2013), según la cual estas se clasifican en:

Depresoras

Según un artículo publicado por Gálligo (2020) dice que “Son aquellas que disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central como: alcohol, barbitúricos, benzodicepinas, GHB que ocasionan una alteración de la concentración y del juicio; disminuyen la apreciación de los estímulos externos y provocan relajación, sensación de bienestar” (pág. 7). Son consideradas drogas depresoras el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes y el opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona).

Estimulantes

Considerando un aporte realizado por Gálligo (2020) son “drogas que aceleran la actividad del sistema nervioso central generando sensaciones como desinhibición, irritabilidad, agresividad, euforia, menor fatiga, Insomnio, inquietud” (pág. 7). Dentro de este grupo se incluyen la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico y la mayor parte de las sustancias de síntesis y de las nuevas sustancias psicoactivas.

Alucinógenos / Psicodélicos

En la investigación de Gálligo (2020) habla sobre “La producción de la distorsión de los sentidos e inestabilidad del estado de ánimo y pensamiento” (pág. 7). Incluyen sustancias de una amplia variedad de fuentes naturales y sintéticas, y son estructuralmente diferentes como LSD, psilocibina, ketamina.

Otras sustancias psicoactivas

Cannabis

En la investigación de Gállico (2020) habla sobre “los efectos del sentir relajación, felicidad. Hay personas que sienten que el tiempo va más despacio y percibir los colores, sonidos y sabores en mayor intensidad” (pág. 7).. Los efectos que produce en cantidades de bajas a moderadas suelen ser aumento del apetito, euforia y/o sensación de relajación y, entre otros, dificultad para concentrarse y retener información, lo que puede alterar los procesos de aprendizaje.

Inhalantes

En la investigación de Gállico (2020) “producen efectos anestésicos y disminución de respuesta fisiológica, ocasionando daños al sistema nervioso” (pág. 7).

Las nuevas sustancias psicoactivas

Para la revista UNODC (2014) “en el mercado de las sustancias psicoactivas se les reasigna un nombre pactico y comercial para su identificación y distribución, tales como euforizantes legales, drogas de diseño, entre otras; dada a que así logra llamar la atención del consumidor” (pág. 2). Son sustancias que tienen propiedades químicas y/o farmacológicas similares a las sustancias conocidas y ya controladas internacionalmente.

Droga H

En la investigación de Gállico (2020) “la heroína es opiacea que se deriva de la morfina, la cual es extraída de manera natural de algunas plantas, especialmente de sus semillas, puede presentarse en variadas formas y colores” (pág. 8). Es conocida en la jerga popular les causa un dolor terrible a los huesos e incluso a cometer actos que atenten contra integridad física inclusive corriendo el riesgo de perder la vida.

Desde la posición de Yagual (2017), “la historia de la droga H en Ecuador hace su aparición en el 2010, en la actualidad esta droga es de alto consumo entre los jóvenes la “H” es la droga más consumida, después de la marihuana” (pág. 30).

Esta droga es un subproducto de los opiáceos; dentro de esta familia tenemos los opiáceos naturales, semisintéticos y sintéticos con acción similar a la de la morfina (Guillén & Castanheira, 2010). Es decir, sabemos que en parte el H es un derivado de los opiáceos, específicamente de la heroína, pero debido al rebaje o corte que le hacen a este producto al mezclársele con diferentes sustancias que potencian los efectos adictos y nocivos de está, desconocemos su composición neta, ya que esta varía según el proveedor.

Los signos principales de un consumidor de droga H van desde la pérdida de peso.”La espalda se dobla en forma de joroba, con frecuencia presentan diarreas, vómitos, compulsiones, insomnios, dolor de huesos, cambios bruscos de humor, irritabilidad, apatía y anhedonía de lo que lo rodea e incapacidad de hacerse cargo de su vida” (Guillén y Castanheira, 2010, pág. 34). Esto quiere decir que la afección de esta sustancia en el consumidor le imposibilita de tal manera que solo puede funcionar bajo el efecto de esta, convirtiéndole en un esclavo.

Los datos estadísticos de la Zona 8 obtenido por Yagual (2019) “los cantones de Guayaquil, Duran y Samborondón se ha evidenciado que la “H” es un tipo de sustancia psicotrópica entre un 69 %, mientras la atención en mujeres en estado de gravidez consumidoras de droga “H” oscila entre un 40%” (pág. 30). Esto datos nos brindan una panorámica de la gravedad de la situación y de lo poderosa que es la adicción a esta sustancia tanto en hombres como mujeres.

Intervención Psicológica enfocada en Terapia Cognitiva Conductual para personas dependientes a sustancias psicoactivas

Los trastornos de adicción necesitan de un abordaje multidisciplinar, siendo de vital importancia las intervenciones psicológicas en la que se desarrollen terapias a fin de ayuda a controlar la necesidad de consumo. Es por ello que el enfoque cognitivo conductual es el más óptimo para tratar este tipo de problemáticas.

Teoría conductual

En cuando a la conducta repetitiva e consumir crea y desarrolla un aprendizaje el cual se lo define como condicionamiento clásico y operante. Según Llorente (2008) explica que “la conducta aparentemente determinada por factores genéticos, ocasionada por adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible cambiar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios de adquisición” (pág. 252). Permite desarrollar estrategias para el análisis e identificación de conductas en relación al entorno, identificando de manera puntual detalles del consumo y sobre que situaciones se da, para poder modificar y estructura el pensamiento.

Condicionamiento clásico

Es un aprendizaje que se muestra a partir de dos tipos como el factor incondicionado e innato creado por un estímulo y respuesta incondicionada y el factor condicionado o adquirido creado por un estímulo y respuesta condicionada. Es por ello que la publicación realizada por Llorente (2008) dice que “La adquisición, el mantenimiento, el tratamiento y la recaída en las adicciones, cumpliendo con los

principios asociativos del condicionamiento clásico, la respuesta a la droga aumenta, haciendo que el deseo por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia” (pág. 253).

Condicionamiento operante

Aprendizaje establecido por la adquisición de vinculación de conductas peculiares y sus consecuencias. Es por ello que Llorente (2008) dice que “Las conductas que se aprenden por este medio cambian en función de sus consecuencias, como puede ser: obtener una consecuencia agradable, refuerzo positivo, evitar una consecuencia aversiva, refuerzo negativo o sufrir una consecuencia negativa, castigo” (pág. 254). Es por ello que las técnicas que se han implementado para tratamiento a personas consumidoras de sustancias son útiles para el manejo de contingencias, en la que se refuerza el comportamiento de no consumir y se motiva a mantener la abstinencia.

Técnicas Aplicadas Para La Recolección De La Información

Entrevista clínica

Con base en lo expuesto por Labari (2018) “Las entrevistas se utilizan para obtener datos completos sobre la paciente, esta técnica no solo nos permite escuchar, sino que también nos ayuda a observar y experimentar cada respuesta sobre ella” (pág. 150).

Historia clínica

Así mismo señala Labari (2018) sobre “el instrumento responsable de recopilar y almacenar datos que involucran a una persona se llama historia clínica. Utilice esta tecnología para registrar los datos clínicos de los sujetos del estudio de caso, que se obtuvieron durante la reunión” (pág. 151). Mediante la implementación de procedimientos, con el fin de lograr el propósito de diagnóstico y tratamiento”. (ver anexo N°A)

Test de Millon

Theodore Millon creó el Inventario Clínico Multiaxial en 1987, evalúa la personalidad a través de 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa y 4 escalas de control (Grossman, S, 2020). Se puede aplicar de forma individual y colectiva a partir de los 18 años de edad, la duración media es de 40 a 60 minutos.

Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso que permiten la evaluación de rasgos de personalidad y psicopatología correspondientes a las categorías

diagnósticas del DSM, con indicadores de rango para diagnosticar .(Eje II: Categorías de personalidad y Eje I: trastornos clínicos). Las escalas del MCMI-III se organizan de la siguiente forma:

Eje I

Este eje incluye diferentes síndromes clínicos de gravedad moderada y severa los cuales son los siguientes indicadores de rango donde se puede constatar los resultados de mi paciente según el test de Millon.

Indicadores de rango del test de Millon.

Indicador elevado ≥ 85 , Indicador moderado 75 – 84, Indicador sugestivo 60 - 74 Indicador bajo 35 – 59, Indicador nulo 0 – 34. Dentro de los síndromes de gravedad moderada, encontramos: ansiedad., histeriforme., hipomanía, distimia, abuso de alcohol., abuso de drogas, TEPT (trastorno de estrés postraumático).

Dentro de los síndromes clínicos de gravedad severa, encontramos tres: pensamiento psicótico, depresión mayor, trastorno delirante.

Eje II

El eje II del Inventario Clínico Multiaxial de Millon incluye las escalas de personalidad, que a su vez se dividen en dos: escalas básicas y escalas patológicas.

Las escalas básicas incluyen los siguientes tipos de personalidad: esquizoide, depresiva, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva, autodestructiva.

Escalas Psicométricas

Las escalas psicométricas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon son estas: validez, sinceridad, deseabilidad, alteración

- Esquizoide
- Fobia
- Dependiente
- Histriónica
- Narcisista
- Antisocial
- Agresivo sádica
- Compulsiva

- Pasiva agresiva (8A)
- Autodestructiva (8B)

Desordenes de la personalidad

- Escala (S) Esquizotípica
- Escala (C) Limite
- Escala (P) Paranoide

Síndromes clínicos

- Escala (A) Ansiedad
- Escala (H) Histeriforme
- Escala (N) Hipomania
- Escala (D) Neurosis Depresiva
- Escala (B) Abuso de alcohol

Desordenes Severos:

- Escala (T) Abuso de Drogas
- Escala (SS) Pensamiento Psicótico
- Escala (CC) Depresión Mayor
- Escala (PP) Trastorno Delirante

Resultados obtenidos

Desarrollo del caso

Usuario de 19 años de edad de sexo masculino bachiller, es remitido a la pasante por el director técnico de la institución para que se realice la entrevista clínica como parte del proceso psicodiagnóstico. Habita en la parroquia “El Salto” del Cantón Babahoyo, posee una casa propia de una planta, elaborada de cemento, cuenta con dormitorios, tres baños, dos espacios para sala, dos cocinas, un local de arriendo, una habitación de taller de herramientas y bodega, convive con sus abuelos maternos, su madre, padrastro y sus dos hermanitas fruto de esta relación.

La evaluación diagnóstica del usuario se llevó en el transcurso de tres sesiones cada una de las cuales tuvo una duración de 60 minutos, y que estuvo dividida en las siguientes etapas:

La primera entrevista se realizó el día 19 de enero del año en curso en la cual se procedió a la recolección de información mediante la historia clínica, abordando los puntos más importantes de su historia personal tales como antecedentes familiares, topología habitacional, genograma, escolaridad, historia laboral, adaptación social, uso del tiempo libre, afectividad y psicosexualidad.

En la que el paciente manifestó como motivo de consulta: *“me siento mal, creo que fue la peor decisión de mi vida salir de mi ciudad, me he tenido que humillar, en algunas ocasiones pase hambre, cosa que jamás me hubiera pasado en mi casa, tanto fueron los problemas que se me presentaron que no supe liderar con ello y caí primero consumiendo alcohol, luego conocí a unos supuestos amigos que me brindaron marihuana y para poder aumentar esa sensación de bienestar y felicidad acudí a drogas más fuertes. Y fue así como me metí en este mundo donde el único final es la muerte o la cárcel, y es por eso que quiero salir de este mundo de las drogas, no quiero sentir que por cada problema que tenga quiera consumir, quiero aprender a tener control sobre mí mismo, y por eso necesito su ayuda”*. Terminando con el tiempo establecido se procedió a programar una próxima sesión.

El día 20 de enero en la segunda sesión se continuó con el llenado de la historia clínica donde se completaron los ítems faltantes, tales como sus hábitos de ver tv y salir a la calle con sus amigos, alimentación y sueño que aparentemente no tiene dificultad, historia médica en la que mencionó que una vez fue operado por una hernia, historia legal que refiere que si ha estado preso por robo y su proyecto de vida que es su superación y reintegración con la sociedad.

En la tercera sesión realizada el día 25 de enero se aplicó el test de Millon al usuario para determinar algún trastorno de la personalidad u otra patología severa, los resultados de la prueba realizada y el informe clínico se entregaron al responsable técnico de la institución. Posterior a estas se planificaron las sesiones terapéuticas, las cuales quedaron establecidas de la siguiente manera:

Las sesiones de intervención terapéutica enfocadas a enseñar técnicas de relajación al usuario para reducir la ansiedad por el síndrome de abstinencia estuvieron divididas en dos sesiones, los días 27 de enero y primero de marzo del 2021.

Las siguientes sesiones estuvieron encaminadas a mejorar la adaptación social del usuario, para esto se aplicaron las técnicas de psicoeducación y reestructuración cognitiva, la primera tuvo lugar el tres de febrero y la segunda el ocho del mismo mes.

A continuación, se abordó el área Cognitivo – social –comportamental para esta finalidad se usaron la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, divididas en dos sesiones cada una y tuvieron lugar el diez y diecisiete de marzo las primeras y el veintitrés y veinticuatro del mismo mes las segundas.

Las sesiones que correspondían a la última categoría no se llevaron a cabo por la culminación de las prácticas y por no haber podido coordinar con todos los actores, principalmente con el padre del usuario quien vive en España.

Situaciones detectadas

Usuario acude a un centro de rehabilitación por primera vez por tener 4 años (desde los 15) de problemas con sustancias psicotrópicas conocida como “polvo” pero hace cuatro meses comenzó a consumir “H”, paciente que tuvo un cambio de residencia, el residió con su madre y padre en España desde los cuatro años, pero por la separación de sus progenitores, es aquí cuando regresa a Ecuador junto su madre y su hermano mayor.

Manifestó que la separación de sus padres ocurrió cuando estaba por cumplir los nueve años de edad incluyendo su cambio de país desde allí el empezó su intento de adaptarse a un país desconocido y dejar algo que ya conocía (vale indicar que aquí el terapeuta planteó la pregunta ¿te sientes bien en este país? A lo que respondió “no, mejor estaba allá, la gente es tan diferente”) empezó ir a la escuela pero no había buen rendimiento académico culminó sus estudios escolares, añade que tanto en sus hogar como en la escuela le trataban como “el Barza” o “el Españolito” lo que le hacía sentirse diferente a los demás y en mucho especial, sentimiento que con el tiempo se ha transformado en malestar al no encajar su imagen o ideal de lo que es con su realidad, pues reconoce que es u don nadie, esto último le atormenta en ocasiones.

Al empezar el bachillerato se acrecentó aún más la problemática educativa y a unirse en malas amistades ya después de estar rodeado el comenzó a consumir teniendo 15 años de edad y estando en el décimo de educación básica por “curiosidad”, empezó con la marihuana y el

alcohol y después a fumar “polvo”, al principio de forma esporádica pero ya en segundo de bachillerato el consumo se hizo habitual, agrega que por aquel entonces su madre y también su padre salían con otras personas lo cual cree le afectó, la madre tiene una actual pareja en la cual procreo 2 hijas, la mal convivencia con la pareja de la madre sumado al consumo de drogas le llevó a tener conflictos con su padrastro llegando a agredirse mutuamente (Juan nombre protegido) decide irse donde su abuela (paterna), la madre al sentirse preocupada le hace que regrese a la casa pero la relación con su padrastro no fue recíproca.

Añade que su padrastro terminó por irse de casa pero el consumo fue más y la mamá se fue de la casa, luego de ella estar dos meses por allá, y al tener novedades de él, ya que se había visto involucrado en el robo de una moto, de esto hace un año aproximadamente, refiere que se inició en el robo un año después de empezar a consumir ya que el dinero no le alcanzaba y empezó a llevarse cosas a los estudiantes del colegio donde estudiaba, por la moto estuvo detenido un mes y salió libre al no imputársele los cargos, por este hecho su mamá regresa a casa, en la actualidad ella sigue con su padrastro, aunque viven en casas separadas, su padre biológico se comunica con la madre y ellos dos deciden ayudar a su hijo en esta enfermedad que lo está consumiendo. La madre conversa con (Juan) y él decide aceptar el apoyo y he aquí se encuentra rehabilitándose desde hace dos meses, añade que el día que llegó fue el último que consumió.

El usuario manifestó que quiere estudiar diseño gráfico, y ser infante de marina, nos mencionó que por problemas termino con la última y más reciente relación (hace 6 meses) y eso le llevo a consumir “H” y el fallecimiento de su mascota, que falleció a mediados del año pasado la cual él amaba mucho todo esto lo condujo a recaer en un estado de depresión, también nos menciona lo afectado que se encuentra por la relación que ha mantenido con su padre, y que reconoce él no es del todo malo porque nunca ha dejado de velar por ellos económicamente.

Resultados de test aplicado:

Test de millón

El paciente demoró en la realización de este test 54 min, el resultado de este test fue válido, dando los resultados a continuación con los indicadores de rango de valides según cada patología indicada

Indicadores de rango del test de Millon.

Aspectos relevantes de los resultados del test

puntaje final

Síndromes clínicos

- **Ansiedad rango elevado = 92**

Presenta sentimientos aprensivos, se muestra angustiado y tenso, problemas adaptativos desde su escolaridad, se queja por cualquier tipo de molestia, en situaciones de demanda presenta sudoración, tensión muscular y náuseas.

- **Distimia rango elevado = 91**

No se adapta en el ambiente normal, se deprimen fácilmente y muestra temor hacia el futuro, con un sentimiento de resignación, inicia a presentar síntomas somáticos, como sudoración, y manifiesta ideas obsesivas.

- **Dependencia de alcohol rango elevado = 93**

Malestar considerable dentro del sistema familiar como laboral, posee un afrontamiento limitado.

- **Dependencia de drogas rango moderado= 83**

Presenta de manera habitual una psicosis leve al no poder consumir cuando enfrenta una dificultad, con comportamientos incongruentes, desorganizado, impulsivo, prefiere mantenerse aislado.

Resumen del cuadro psicopatológico

A nivel cognitivo mantiene una visión desmesurada sobre sí mismo en relación a lo que “fue” y lo que es en realidad, ya que al regreso todo el mundo lo trataba como “el Barza” o el “Españolito”, dificultando la integración psíquica a su nueva situación social, creyéndose más que los demás por haber vivido en el extranjero.

En el área afectiva el usuario presenta alteraciones emocionales a partir de la separación de su padre y el regreso al país de origen esto a los nueve años de edad, a nivel escolar y social presento problemas de adaptación y socialización, evolucionando hasta llegar el consumo de alcohol, marihuana y polvo tendiendo como factores precipitantes en primera instancia la

presión social de grupo y los conflictos intrafamiliares a la edad de 15 años y en el consumo de “H”, hace seis meses, el haber terminado con su novia y el fallecimiento de su perro.

Además, ligado a lo anterior en el área socio comportamental, la presión de amigos y al consumo de sustancias, también lo ha involucrarse en actos delictivos, esto desde los 16 años de edad, ocasionándoles problemas legales que le impulsaron a buscar ayuda para dejar de consumir.

En el área fisiológica o somática: ansiedad patológica producto del síndrome de abstinencia

Diagnostico (CIE 10)

En síntesis del análisis de las pruebas realizadas, el usuario presenta nivel cognitivo normal, estado afectivo reflejado a través de sentimientos de abandono, ambivalencia afectiva hacia la figura paterna, ideas sobrevaloradas sobre si mismo, falta de respeto a la autoridad, robo. Se descarta sintomatología somática, satisfaciendo los criterios diagnósticos para: F11 (consumo de opiáceos), F12 (consumo de cannabis), F14 (consumo de cocaína) asociado a F91.2 (trastorno de conducta socializado) y F43.2 (trastorno de adaptación), todo lo anterior completa el cuadro sintomatológico del “Síndrome de Ulises”.

Soluciones planteadas

Llevar a cabo tratamiento de corte cognitivo conductual para modificar patrones de comportamiento y hábitos.

Tabla 1

Cuadro Psicoterapéutico

Categoría	Situaciones detectadas	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Fisiológico	Usuario presenta ansiedad patológica producto del síndrome de abstinencia	Reducir la ansiedad manifiesta en el usuario	Terapia de relajación	2 sesiones	27 – 01-2021 01 -02-2021	Mediante las técnicas aplicadas el usuario redujo los niveles de ansiedad Usuario reflexionó sobre los cambios en su vida y la necesita de aceptar los mismos Modificó la visión de grandeza que tenía sobre sí mismo y sobre su realidad además de aprender habilidades sociales tales como la empatía y la asertividad, comprendiendo el daño que hace y se hace al mantener conductas delictivas. Las terapias familiares quedaron indicadas quedaron pendientes, ya que no se pudieron llevar a cabo por la culminación del tiempo de pasantía en el CETAD y por el horario
Adaptativo – social	Usuario no aceptó el cambio del entorno socio cultural a su regreso a su país de origen	Modificar las ideas sobre su situación actual referentes al entorno	Psicoeducación Reestructuración cognitiva	1 sesión 1 sesión	03-02-2021 08-02-2021	
Cognitivo – social -comportamental	Presenta ideas sobrevaloradas sobre sí mismo que le imposibilitan adaptarse socialmente y ha desencadenado comportamiento antisocial.	Suprimir ideal de grandeza, aprender habilidades sociales	Reestructuración cognitiva Entrenamiento en habilidades sociales	2 sesiones	10 – 03-2021	
				2 sesiones	17-03-2021 23-04--2021	
Afectivo – familiar	Se mantienen sentimientos encontrados hacia la figura paterna	Reestructurar la relación padre – hijo	Terapia familiar	2 sesiones	24-04-2021	

Nota: Plan de técnicas terapéuticas desarrolladas en el abordaje psicológico.

Conclusiones

En este estudio de caso existe congruencia entre la teoría y la realidad, logrando identificar al factor predisponente, como el Síndrome de Ulises ante el consumo de drogas, paciente que participó de la investigación permitiendo el logro del objetivo formulado. El Síndrome de Ulises se lo identifica como un grupo de síntomas que pueden estar inmersos en los manuales clínicos del CIE- 10 y DSM – 5 y puede darse en personas que emigren a otros países y que por las dificultades deban retornar a su país de origen.

Se pudo identificar que el paciente no supero el estrés producido del retorno ya que cuando emigro a España era muy pequeño no conservando recuerdos de su infancia en Ecuador más si al tener que retornar intempestivamente al país debido a los conflictos subyacentes entre sus progenitores. Ante enfrentarse a situación de estrés ante la falta de adaptación cultural, agregado a la separación de su progenitor, más la facilidad de conseguir drogas en nuestro medio indujeron al joven a consumirlas para paliar estos sentimientos que venían acompañándole al final de la pre pubertad y el inicio de la pubertad

Se logró identificar la sintomatología del paciente mediante el uso de técnicas como la entrevista, la historia clínica y la aplicación del test Millon que fueron de ayuda para la obtención y elaboración de un diagnostico el cual cumple con los criterios establecidos en CIE10 que presentan una codificación F11 (consumo de opiáceos), F12 (consumo de cannabis), F14 (consumo de cocaína) asociado a F91.2 (trastorno de conducta socializado) y F43.2 (trastorno de adaptación), lo que se interpreta como politoxicómania y patología dual.

Se resalta como principal logro del estudio de caso que el tratamiento que se implementó para suprimir los síntomas de estos trastornos tuvo resultados satisfactorios, dado que el paciente se

encuentra en un centro de desintoxicación, y manifiesta estar aprendiendo a vivir sin la necesidad de consumir sustancias psicoactivas, salvo el caso de la relación padre hijo dado que las intervenciones en esta área no pudieron llevarse a cabo en primer lugar por la culminación de las pasantías de la autora y por otro lado porque no se pudo coordinar las terapias debido al huso horario que se interponía con la jornada laboral del progenitor en España.

Recomendaciones

El joven continúe con el tratamiento integral en el CETAD, para mejorar en todas las categorías, afectivas, cognitivas y socio comportamentales que se intervino además forjar lazos fuertes con compañeros de recuperación para esta forma prevenir recaídas en el consumo de drogas, además de que se realicen las intervenciones familiares que no pudieron llevarse a cabo debido a la culminación de las pasantías, por el psicólogo de la institución.

La información obtenida mediante la realización del estudio de caso es de gran beneficio para su autora, pues gracias a este puso en práctica los conocimientos adquiridos durante los años de estudios, además del beneplácito de poder ayudar al prójimo, motivo que le llevo a estudiar esta carrera. Por último, el Síndrome de Ulises según la investigación bibliográfica no ha sido tema de estudio frecuente en el país, considerándose de se desconoce la terminología a pesar de que esa es una problemática que se vive en la actualidad.

Bibliografía

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Mayo.
- Donoso, C. (2009). *Repositorio UNIVERSIDAD SALESIANA*. Recuperado el 27 de febrero de 2021, de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/10485/1/UPS-QT08426.pdf>
- Gállego, F. C. (2020). DROGAS: CONCEPTOS GENERALES, EPIDEMIOLOGÍA Y VALORACIÓN DEL CONSUMO . *Grupo de Intervención en Drogas semFYC* , 5-10.
- Infodrogas. (2021). *Infodrogas*. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <https://www.infodrogas.org/drogas?showall=1#:~:text=Dejando%20a%20un%20lado%20el,%2C%20Estimulantes%20y%20Alucin%C3%B3genas%2F%20Psicod%C3%A9licas>.
- Jacome, F. (2020). *Repositorio UTB*. Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8100/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000270.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Llorente, P. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Elsevier*, 252-274.
- Loizate. (2005). *Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Uises)*. Recuperado el 26 de febrero de 2021, de <file:///C:/Users/7424/Downloads/3083-Texto%20del%20art%C3%ADculo-7492-1-10-20140331.pdf>
- Peyrí, E. V. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* , 29-57.
- Sandoval, E. (1993). *Migración e Identidad, Experiencias del exilio*.
- Scott, E. (2015). *Repositorio UG*. Recuperado el 03 de marzo de 2021, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7960/1/TESIS.pdf>
- Torres, K. (2019). *EL SÍNDROME DE ULISES EN UNA MUESTRA DE INMIGRANTES VENEZOLANOS EN ECUADOR* . Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2901/1/77066.pdf>
- UNODC. (2014). INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE “NUEVAS SUSTANCIAS. *United Nations Office on Drugs and Crime*, 1-3.
- Yagual, B. (agosto de 2017). *Repositorio UESDG*. Recuperado el 12 de marzo de 2021, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/45797/1/CD%20672-%20YAGUAL%20MONTROYA%20NARCISA%20DE%20JESUS.pdf>

Anexos

ANEXO A
FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Instrucción: _____

Numero de sesión: _____

Tiempo de observación: minutos _____ hora de inicio _____ hora final _____

Tipo de observación: _____

Nombre del observador: _____

Fecha: _____

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

DESCRIPCIÓN FÍSICA

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO,
CONDUCTAS, REGISTRO NARRATIVO)

COMENTARIO

ANEXOS B

Historia Clínica Psicológica.

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 002

Fecha: 19/01/2021

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: J.J.V Edad: 19

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo 17 de diciembre 2001

Género: Masculino Estado civil: Soltero Religión: Ninguno

Instrucción: Bachiller Ocupación: Estudiante

Dirección: barreiro

Teléfono: XXXXXXXXXXXX

Remitente: Psicólogo Franklin Oñate

2. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente de 19 años se encuentra en un centro de rehabilitación con su propia voluntad por problemas de sustancias psicotrópicas, y de conducta.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

(Juan) acude a un centro de rehabilitación por primera vez por tener 4 años de problemas con sustancias psicotrópicas conocida como “polvo” pero hace un par de meses comenzó a consumir “H” , paciente que tuvo un cambio de residencia el residía con su familia en España pero por una ruptura conyugal el regresa a Ecuador junto su madre y su hermano mayor el es el segundo hijo de padre y madre , la separación de sus padres ocurrió a sus 8 años de edad incluyendo su cambio de país desde allí el empezó su intento de adaptarse a un país desconocido y dejar algo que ya conocía (vale indicar que aquí el terapeuta planteo la pregunta ¿te sientes bien en este país? A lo que respondió “no, mejor estaba allá, la gente es tan diferente”) empezó ir a la escuela pero no había buen

rendimiento académico culminó sus estudios escolares , empezó el bachillerato y comenzó aun mas la problemática educativa y a unirse en malas amistades ya después de estar rodeado el comenzó a consumir en un momento de “curiosidad” como el menciona la madre y el padre empezaron a salir con otras parejas lo cual esto le afecto la madre tiene una actual pareja en la cual procreo 2 hijas su convivencia con la pareja de la madre más su adicción le llevo a una mal acogida de su padrastro llegando a tener agresiones de ambas partes (Juan nombre protegido) decide irse donde su abuela, la madre al sentirse preocupada le hace que regrese a la casa pero la relación con su padrastro no fue tan reciproco El padrastro se fue de la casa pero el consumo fue mas y la mamá se fue de la casa a la casa de su pareja luego de ella estar dos meses ahí ella al ver que su hijo se involucra en un robo de una moto ella regresa a casa el pasa 1 mes encerrado y sale sin cargos actualmente ella sigue con la pareja pero viven en casas separadas el padre bilógico se comunica con la madre y ellos dos deciden ayudar a su hijo en esta enfermedad que lo esta consumiendo la madre conversa con (Juan) y el decide aceptar el apoyo y he aquí se encuentra rehabilitándose, mientas hablábamos detallo que quiere estudiar diseño gráfico, y ser infante de marina, nos mencionó que por problemas termino con la última y más reciente relación y eso le llevo a consumir “H” y el fallecimiento de su mascota la cual él amaba mucho todo esto lo condujo a recaer en un estado de depresión , también nos menciona lo afectado que se encuentra por la relación que tiene con el padre y lo dura que asido todo esto que el está viviendo con lágrimas en los ojos termina la narración (Juan) .

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

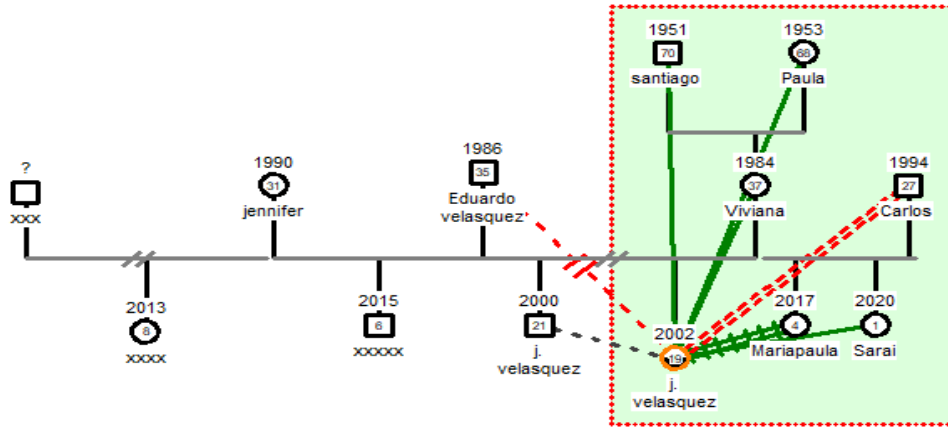
b. Tipo de familia.

Extensa

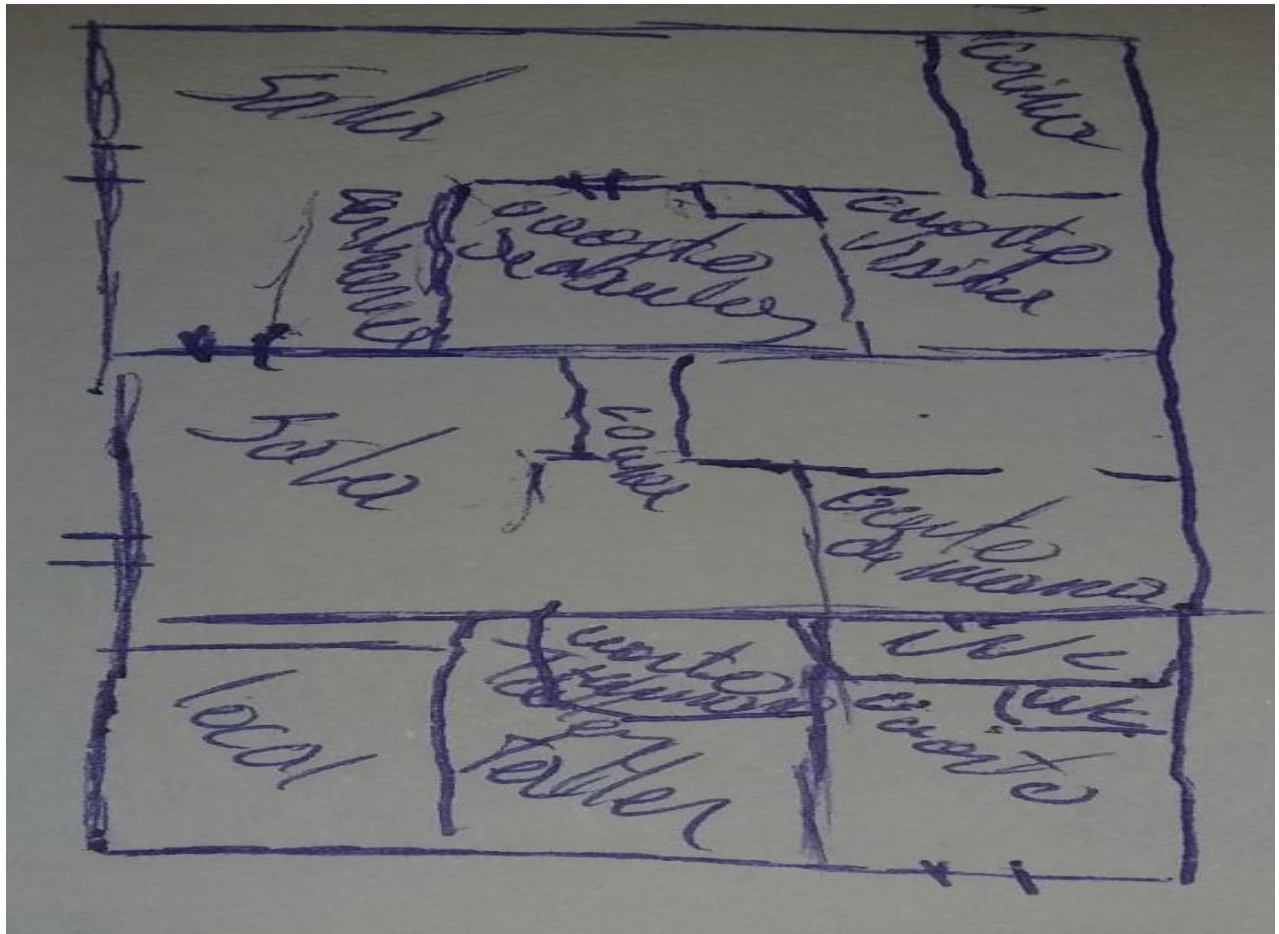
c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Ninguno

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

No recuerda nada de su niñez hasta los 4 años.

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

En su escuela en su anterior país si había adaptabilidad con pares y maestros, cuando hubo el cambio de país en su escuela ya no halló esa adaptabilidad encontró malestar e incluso bullying, Ya en el nivel de bachillerato presento más desestabilidad escolar con maestros y pares.

6.3. HISTORIA LABORAL

Trabajo desde los 9 años con un tío ayudante de albañil, soldador 10, bananera 18.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL.

Por sus problemas de drogadicción y su conducta no tiene una adaptación social estable.

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

Gym, trotar, ver películas.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Sus campos afectivos se encuentran en buen estado, su primera relación sexual empezó a temprana edad (11 años) con una pariente cercana a los casi 2 años consecutivamente mantenían relaciones, a los 14 mantuvo relaciones con su primera novia, a los 16 con su segunda novia y a los 17 años con su más reciente pareja.

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

Drogas entre otras.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

El desayuno a las 6:00 am, almuerzo a las 11:00am, merienda 6: pm

Horas de sueño 11:30 am a 2:00 pm / por las noches de 9:00 pm a 5:00 am

6.9. HISTORIA MÉDICA

Derrame facial que sucedió cuando tuvo 16 años.

6.10. HISTORIA LEGAL.

Robo y agresión policial.

6.11. PROYECTO DE VIDA

Empezar un curso de diseño gráfico y volverse diseñador, concursar para infante de marina, terminar su rehabilitación y volver hacer un buen hijo...

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL.

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

Individuo de 19 años contextura delgada, estatura promedio, buen aspecto, su test es color canela, su cabello rizado, sus ojos color cafés oscuros.

7.2. ORIENTACIÓN: Espacial: usuario aparentemente orientado en tiempo y espacio, consiente del lugar en el que se encuentra y tiempo lleva en el mismo.

7.3. ATENCIÓN: Presto atención y contesto con coherencia.

7.4. MEMORIA: Uso la Memoria semántica: Necesaria para el uso del lenguaje. En ella se manipulan los símbolos y conceptos.

7.5. INTELIGENCIA: La capacidad de lógica, comprensión, autoconciencia, aprendizaje, conocimiento emocional acordes a su edad cronológica.

7.6. PENSAMIENTO: Acorde a su edad cronológica.

7.7. LENGUAJE: Lenguaje con fluidez acorde a la edad cronológica.

7.8. PSICOMOTRICIDAD: motricidad fina y gruesa acorde a su edad cronológica.

7.9. SENSORPERCEPCION: acorde a su edad cronológica escribe, lee, mira

7.10. AFECTIVIDAD: ambivalencia afectiva

7.11. JUICIO DE REALIDAD: es consciente de la realidad objetiva

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD: usuario es consciente que presenta problema de consumo de drogas

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Separación del padre al volver al país

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Test de Millon

Test de la Figura Humana

Test de la Familia

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Normal	
Afectivo	Usuario presenta sentimientos encontrados hacia su padre	Ambivalencia afectiva
Pensamiento	Ideas sobrevaloradas sobre sus recuerdos (y sobre si mismo) de cuando vivió en España que le dificulto adaptarse a su retorno	Trastorno adaptativo
Conducta social - escolar	Usuario presento problemas en el comportamiento al volver al país	Trastorno de conducta
Somática	Ninguno	

9.1. Factores predisponentes: separación de los padres

9.2. Evento precipitante: Cambio de país, consumo de drogas

9.3. Tiempo de evolución: 4 años

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

F11 (consumo de opiáceos), F12 (consumo de cannabis) asociado a F91.2(trastorno de conducta socializado) y F43.2 (trastorno de adaptación)

11. PRONÓSTICO

Positivo

12. RECOMENDACIONES

Continuar con el tratamiento de rehabilitación en el centro terapéutico

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Usuario presenta ansiedad patológica producto del síndrome de abstinencia	Reducir la ansiedad manifiesta en el usuario	Terapia de relajación	2 sesiones		El usuario redujo los niveles de ansiedad
Usuario no acepto el cambio del entorno socio cultural a su regreso a su país de origen. Presenta ideas sobrevaloradas sobre si mismo.	Modificar las ideas sobre su situación actual y sobre la visión de si	Psicoeducacion Reestructuración cognitiva	2 sesiones 2 sesiones		Usuario modifiko su visión sobre sus situación actual en el país y sobre su si mismo
Se mantienen sentimientos encontrados hacia la figura paterna	Reestructurar la relación padre – hijo	Entrenamiento en asertividad Terapia familiar Juego de roles	1 sesión 1 sesión 1 sesión		Mejoro el vinculo padre -hijo

ANEXO C

**INFORME PSICOLÓGICO DEL INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON (MCMI-II)**

I. DATOS DE FILIACION E IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre : J.J.V
Edad : 19 años
Sexo : Masculino
Fecha de Nacimiento : 17 de diciembre 2001
Lugar de Nacimiento : Babahoyo
Lugar de Residencia : Babahoyo
Grado de Instrucción : Bachiller
Ocupación : Ninguna
Estado civil : Soltero
Lugar de Aplicación : CETAD
Fecha de Evaluación : 25 DE ENERO 2021
Examinador :
Referente :

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN: Evaluación de personalidad para la asignatura de Evaluación y Diagnóstico Clínico.

III. PRUEBAS Y TÉCNICAS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS:

- Observación y Registro
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III

IV. DESCRIPCION FISICA

Persona de estatura mediana, de contextura delgada con un peso aproximado de 62 kilos tés trigüeño, sin presencia o rasguños en el rostro, cabello corto oscuro ondulado, color de ojos cafés, vestimenta acorde a su edad y sexo , lleva una camisa color negra con pantalón de vestir rojo con zapatos negros, muestra un adecuado aseo personal.

V. DESCRIPCION DE LA CONDUCTA

Paciente presento una actitud colaboradora en el proceso de la aplicación del test de Millon con una conducta normativa ubicándose en tiempo espacio y persona, comprende las indicaciones con facilidad, no se distrajo, la mímica de su rostro muestra curiosidad ,en algunas preguntas se tomo mas tiempo, al culminar la prueba se mostro tranquilo.

VI. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

- ❖ Dentro de los patrones clínicos el evaluado presenta indicadores de Ansiedad rango elevado (92),Distimia rango elevado (91), Dependencia de alcohol rango elevado (93), Dependencia de drogas rango moderado(83).lo que nos sugiere que nuestro paciente es una persona caracterizada con baja autoestima con dificultades de concentrarse y conciliar el sueño, se irrita con facilidad,largos procesos depresivos asociados a su consumo de alcohol y drogas.
- ❖ En el cuadro al área de patologías A nivel cognitivo mantiene una visión desmesurada sobre sí mismo en relación a lo que “fue” y lo que es en realidad, ya que al regreso todo el mundo lo trataba como “el Barza” o el “Españolito”, dificultando la integración psíquica a su nueva situación social, creyéndose más que los demás por haber vivido en el extranjero.

En el área afectiva el usuario presenta alteraciones emocionales a partir de la separación de su padre y el regreso al país de origen esto a los nueve años de edad, a nivel escolar y social presento problemas de adaptación y socialización, evolucionando hasta llegar el consumo de alcohol, marihuana y polvo tendiendo como factores precipitantes en primera instancia la presión social de grupo y los conflictos intrafamiliares a la edad de 15 años y en el consumo de “H”, hace seis meses, el haber terminado con su novia y el fallecimiento de su perro.

Además, ligado a lo anterior en el área socio comportamental, la presión de amigos y al consumo de sustancias, también lo ha involucrado en actos delictivos, esto desde los 16 años de edad, ocasionándoles problemas legales que le impulsaron a buscar ayuda para dejar de consumir.

En el área fisiológica o somática: ansiedad patológica producto del síndrome de abstinencia

- ❖ Dentro de los síndromes clínicos obtiene indicadores elevados de Ansiedad y Distimia, dependencia de alcohol, dependencia de drogas . mostrando un cuadro mixto de ansiedad y depresión que posiblemente esta aquejando al evaluado. Por último vemos que dentro de los síndromes severos obtiene un indicador elevado y moderado en el consumo de alcohol y drogas que posiblemente este influenciado por sus síndromes clínicos.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA:

Diagnostico (CIE 10)

En síntesis del análisis de las pruebas realizadas, el usuario presenta nivel cognitivo normal, estado afectivo reflejado a través de sentimientos de abandono, ambivalencia afectiva hacia la figura paterna, ideas sobrevaloradas sobre si mismo, falta de respeto a la autoridad, robo. Se descarta sintomatología somática, satisfaciendo los criterios diagnósticos para: F11 (consumo de opiáceos), F12 (consumo de cannabis), F14 (consumo de cocaína) asociado a F91.2 (trastorno de conducta socializado) y F43.2 (trastorno de adaptación), todo lo anterior completa el cuadro sintomatológico del “Síndrome de Ulises”.

- **Indicadores Elevados** en los patrones clínicos de personalidad: Antisocial
- **Indicador Sugestivo** en los rasgos de personalidad
Equizoide, autoderrotista
- **Indicadores Elevados** en los síndromes clínicos de Ansiedad y
Distimia, dependencia de alcohol, dependencia de drogas .

VIII. RECOMENDACIONES:

- Terapia cognitiva-conductual.

- Terapia de Rolplay
- Terapias psicosociales

SAN JUAN, 25 DE ENERO DEL 2021

LILIAN LORENA LOPEZ LESCANO