



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



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

**PROBLEMA:**

**CONSUMO DE DROGAS Y CONDUCTA VIOLENTA DE UN JOVEN DE  
24 AÑOS PRIVADO DE LA LIBERTAD DEL CRS DE BABAHOYO**

**AUTOR:**

**MISAE EDISON PLACENCIA GAVILANES**

**TUTOR:**

**MSC: MARIO PROCEL AYALA**

**BABAHOYO - SEPTIEMBRE /2021**





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



## RESUMEN

El actual estudio de caso, tiene su origen en la problemática de la conducta violenta debido al consumo de drogas, específicamente “cannabis” este enfoque permitirá establecer las afectaciones que se generan mediante estos casos; teniendo como objeto de estudio a un joven de 24 años privado de la libertad del CRS de Babahoyo y como el consumo de cannabis repercute en su comportamiento. Este tipo de trastornos son habituales del medio social carcelario, debido a una gratificación dopamina adictiva, que ocasiona una respuesta del sistema endocannabinoide y la interpretación psicoactiva del mismo; siendo este un estudio no experimental se utilizó textos y bibliografía de anteriores trabajos relacionados con la conducta adictiva. Se pretende lograr la reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos, para lo cual se aplicarán los principios y destrezas adquiridas Cognitivos Conductuales, a la ejecución del proceso valorativo se utilizaron metodología y técnicas distintivas como: el Test de personalidad HPT, Test de adicciones ASSIST V3.0 y el test de screening de Salamanca, los cuales corroboraron la información de signos o síntomas de abstinencia: entre las principales conclusiones obtenidas según el proceso, se confirmó que no son solo las drogas son las causas de las conductas violentas, sino la propia personalidad y esquemas mentales del sujeto, adquiridos a lo largo de su vida y los factores de riesgo presentes en el centro de reclusión social donde se encuentra el paciente.

**Palabras Clave:** Abstinencia, Cannabis, Conducta, Consumo, Personalidad



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



## **ABSTRACT**

The current case study has its origin in the problem of violent behavior due to drug use, specifically “cannabis”. This approach will allow to establish the effects that are generated in these cases; having as object of study a 24-year-old deprived of liberty from the CRS of Babahoyo and how cannabis use affects his behavior. These types of disorders are common in the prison social environment, due to an addictive dopamine gratification, which causes a response from the endocannabinoid system and its psychoactive interpretation; This being a non-experimental study, texts and bibliography of previous works related to addictive behavior were used. It is intended to achieve the cognitive restructuring of automatic thoughts, in which the principles and skills acquired Cognitive Behavioral will be applied, in the execution of the evaluative process, distinctive methodology and techniques were used such as: the HPT personality test, ASSIST addiction test V3.0 and the Salamanca screening test, which corroborated the information on signs or symptoms in abstinence: among the main conclusions obtained in the process, it was confirmed that it is not only drugs that are the causes of violent behaviors, but the personality itself and mental schemas of the subject, acquired throughout his life and the risk factors present in the social confinement center in which the patient is confined.

**Key Words:** Abstinence, Cannabis, Behavior, Consumption, Personality.



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



## ÍNDICE GENERAL

<b>PORTADA</b> .....	<b>1</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>3</b>
<b>AUTORIZACIÓN A LA AUTORÍA INTELECTUAL</b> .....	<b>4</b>
<b>CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRACTICA DEL EXAMEN COMPLETIVO PREVIA A LA SUSTENTACIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>CERTIFICADO DE SAI</b> .....	<b>6</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>RESULTADO DE GRADUACIÓN DE LA MODALIDAD DE EXAMEN COMPLEXIVO</b> .....	<b>9</b>
<b>CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD CON OTRAS FUENTES EN EL SISTEMA ANTIPLAGIO</b> .....	<b>10</b>
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>12</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	<b>13</b>
<b>SUSTENTOS TEÓRICOS</b> .....	<b>14</b>
<b>TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b> .....	<b>22</b>
<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b> .....	<b>24</b>
<b>SITUACIONES DETECTADAS</b> .....	<b>26</b>
<b>SOLUCIONES PLANTEADAS</b> .....	<b>28</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>32</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>34</b>

## INTRODUCCIÓN

Estudio de caso complejo, pretende especificar como la abstinencia del consumo de drogas, repercute en la conducta violenta de un joven de 24 años de edad privado de la libertad del CRS de Babahoyo. Por ello, se usó las líneas de investigación de la carrera de Psicología Clínica que son “prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico”, siendo su sub-línea “los procesos de cambio y conductas adictivas”.

Existen muchos tipos de drogas, estas según diversos autores; ocasionan afectaciones a nivel físico y psicológico. Este estudio permite aportar pautas de la intervención de sustancias psicotrópicas, particularmente un derivado específico “el cannabis”, orientado al cambio social comportamental del paciente, considerando que las adicciones es una de las problemáticas presentes por la sociedad actual, explorando soluciones mediante estrategias terapéuticas.

El cannabis es una droga de uso recreativo, es utilizado en las cárceles de forma ilegal, debido a la facilidad de su acceso a los centros penitenciarios, su consumo suele ser excesivo, esta afecta aspectos fisiológicos, tales como: la percepción y memoria, dilatación ocular, agudeza auditiva, arritmias cardiacas, irritabilidad, agresividad; entre otras. Lo cual no solo afecta su entorno social, sino también familiar e integral al individuo. Estos signos y síntomas fueron evidenciados durante las sesiones mediante la exploración psicológica.

Realizando esta investigación a causa de las conductas violentas que afectan a un privado de la libertad que consume cannabis, ya que manifiesta sentirse fatigado, tenso, agobiado, presentando estados de angustia y somáticos; estas alteraciones le generan estados de tristeza y soledad, encontrándose hacinado al recinto penal, con la disponibilidad de adquirir la sustancia antes mencionada con una facilidad inmediata.

El tipo de metodología usada se aplicó de forma mixta, a través de la ejecución de entrevistas, baterías psicológicas, observación directa, se valoró los datos a través de los factores de riesgo y el discurso del paciente, para llegar a la respectiva conclusión diagnóstica. Decidiendo así brindar atención mediante la terapia cognitivo conductual, conjunto a las técnicas de psicoeducación, relajación y reestructuración cognitiva, aprendidas en el desarrollo académico.

## **JUSTIFICACION**

El consumo de drogas como “cannabis” suele ser la causa de diferentes alteraciones de la conducta humana. Esta sustancia actúa en respuesta del sistema endocannabinoide, causando alteraciones a la amígdala hipofisaria, lo que produce ansiedad o efectos depresores que distorsiona el comportamiento, de ahí nace la importancia de este estudio de caso, reflejando la necesidad de atención requerida por las personas privadas de la libertad.

Siendo beneficiario una persona privada de la libertad que consume cannabis, generándole episodios de agresión, alteración y conflictos. Se buscó alternativas de solución a la problemática explicada, contribuyendo de forma general a combatir el consumo de sustancias de los centros penitenciarios en el Ecuador.

Teniendo un impacto veraz y teórico y a la vez mejorando la perspectiva del tema, fomentando las bases para futuras investigaciones, entre lanzando las oportunidades de cambio a personas que son víctimas de este mal, que afecta su vida desde las más bajas y altas esferas sociales, además de permitir ampliar la experiencia del investigador.

Los aportes de este estudio de caso, trasciende a varios grupos privados de la libertad, teniendo una factibilidad sustentable a la hora de su desarrollo dentro del entorno penitenciario en el que se realiza; permitiendo mejorar la salud mental, emocional, social y por ende familiar de él o los afectados, ligado al trabajo multidisciplinario y las estrategias o técnicas utilizadas.

## **OBJETIVO GENERAL**

Examinar, de qué manera el consumo de drogas como “cannabis”, repercute en la conducta violenta de un joven de 24 años; privado de la libertad del CRS de Babahoyo.

## SUSTENTO TEÓRICO

### Consumo de Drogas.

Al respecto del manejo de sustancias ilegales dentro de las cárceles del Ecuador según él (MSP, 2018 citado por Rosero, 2020); Explica que:

El uso de materiales psicoactivos, al interior de la sección de máxima seguridad se estima un 70% por el total de PPL, la mayoría de sustancias que se adquieren son cannabis, coca y la base de cocaína. Establecido a la estructura epidemiológica de la salud mental otorgado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador durante el año 2018 (p.04).

Encontramos entonces un indicio de la situación y acceso que tienen los privados de libertad a estas sustancias, dentro de los centros penitenciarios del País.

Los patrones del uso de sustancias ilegales en las correccionales son comunes y en muchas circunstancias el inicio de patologías, conductas asociales y actividades delictivas. Lo cual conlleva a los partícipes de esta actividad a ligar una afección que va más allá de su propio control; “una adicción”, entre tanto las habilidades sociales se ven afectadas por varias etapas del consumo.

Las facciones que mantienen el control de el contrabando de estas sustancias, impiden también es desligamiento de los privados de la libertad con la sustancia, ya que son sus principales clientes. Por ello el abordaje de la problemática es amplio y debe trabajarse según normativas institucionales que permitan a las personas adictas establecen una pausa a la intimidación y la promulgación en cuanto a la comercialización del producto.

Este tipo de materias pueden producir variaciones del comportamiento de un individuo, modificando su conducta básica y pensamientos automáticos, a su vez esto conlleva a una distorsión de la realidad, pérdida del control de emociones; somatización y conductas impulsivas de carácter violento, esto genera una divergencia social que repercute en otras afecciones psicológicas como la ansiedad o depresión, ligadas a la abstinencia o tolerancia a la sustancia.

## **El Sistema Endocannabinoide.**

En el sistema correlaciónalo a la contracción y respuesta del consumo, el autor.

(Escobar, 2021); Afirma:

La estructura orgánica endocannabinoide (ECS) aporta un protagonismo crucial de la homeostasis en locaciones como el cerebro, el sistema genitourinario, el tracto digestivo, la piel, alteración cardiovascular, y estructura ósea. Es modulador de la plasticidad neuronal, la inmunidad, la inflamación, el desarrollo embriológico, la carcinogénesis, la memoria emocional, el dolor, alimentación, el hambre, y metabolismo (p.09).

Este no solo explica la función biológica sino la implicación cognitiva en la adicción.

Las alteraciones biológicas que sufre un organismo, por contacto con la sustancia cannabis y las complicaciones generales que se dan por la misma, dicha sustancia promueve una excitación neurológica. La cual genera una variedad de segmentos cognitivos desvirtuados, que son producto de un estado de conciencia fragmentado de la realidad, además de la evaluación del suceso las creencias centrales negativas de los pormenores que se susciten y amenacen su zona de confort.

El proceso de asimilación del tejido orgánico es de mayor contraste en el inicio de la ingesta, ya que mediante el torrente sanguíneo se entrelaza a las concentraciones plasmáticas, por lo cual estas empiezan a descender, ocasionando alteraciones del sistema nervioso central, sistema parasimpático y el sistema límbico, exclusivamente en la amígdala, lo cual repercute las cogniciones, la conducta y los estados de ánimo de una persona.

Se entiende como un punto de referencia que el consumo de cannabis afecta a un individuo desde sus partes más elementales de la biología humana, arraigando varias segmentaciones orgánicas y cerebrales que no son solo determinantes en el curso de estudio, sino que pueden suscitar un mayor apego a las deformaciones biopsicosociales vistos inmersos los seres humanos, estas alteraciones se ven intrínsecamente sobrevaloradas en la especie humana, ya que el organismo presenta un sin número de cambios para los que no estaba preparado.



## **Cannabis y la Conducta.**

Según él (DSM 5, 2013 citado por Cornejo, 2018); concretamente, “el cannabis no solo es perjudicial para la salud, suele provocar ciertas afecciones mentales, como los trastornos psicóticos; particularmente por la presencia de pensamientos delirantes, lenguaje desorganizado, alucinaciones, actividad catatónica, abulia y otros vestigios negativos, durante al menos 6 meses” (p.12).

Entre estos podemos incluir la disforia, ansiedad, irritabilidad, depresión e inquietud, problemas en el ámbito sexual o psicosomáticos.

El manual de diagnóstico de los trastornos mentales, indica que existe una relación significativa entre la conducta y el consumo activo de cannabis, el cual puede fomentar varias afectaciones psicológicas y de la personalidad, creando un comportamiento menos adaptable entre un sujeto con su grupo social predeterminado, estas afectaciones marcan una significancia al paciente a medida que su consumo se incrementa, tornándose cada vez más intensas entre lapsos de consumo y abstinencia, por lo que suelen ocurrir reacciones irritables o eufóricas.

Esta sustancia posee una relevancia en los jóvenes, inicialmente porque sus efectos suelen ser de carácter inductorio y está integrado socialmente como medio recreativo para interactuar y relajarse, sin embargo es su capacidad adictiva y abuso lo que lo convierte en una de las drogas más nocivas que se encuentran en el medio urbano, por lo general en hogares disfuncionales se suscita la incursión al alcaloide como alternativa de escape a conflictos, teniendo como consideración la falta de prevención al cuidado de niños y adolescentes.

Entonces un consumo persistente, puede derivar no solo alteraciones de la conducta, sino distorsiones psicológicas, estas no solo causarían una captación distorsionada de estímulos; sino que también una gran cantidad de factores integradores de los procesos mentales alterados y que producen segmentaciones en la realidad de un individuo, estas necesitarían de una intervención mayor, pues no solo estarían afectando sus relaciones sociales, sino su estilo de vida como tal, proyectando una serie de rasgos más intensos, y que son detectables a la vista del interlocutor.

## **Conductas violentas.**

La violencia es una interacción dañina entre miembros, es notoria desde la infancia, según el tipo de personalidad o factores ambientales externos de un individuo, donde las funciones cognitivas simples o complejas, suelen verse alteradas por la interpretación hostil de ciertas vivencias. En donde se desencadena la intensidad y frecuencia con las que violan los derechos o normas pacíficas hacia los demás, usualmente ejercidas por distorsiones cognitivas.

Conforme a (Shatil, 2013 citado por Alava, 2020); “cogniciones son procedimientos usados por el cerebro, para integrar o generar nuevos conocimientos y ejercer decisiones en efecto. Esta acción interviene ciertas funciones cerebrales como: percepción, atención, memoria y razonamiento. Estas cogniciones crean conjuntamente una interpretación del mundo” (p.07).

Las conductas violentas por distorsiones cognitivas como: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, magnificación y minimización, personalización y pensamiento absolutista dicotómico, por el consumo de sustancias específicamente el cannabis, provoca una serie de alteraciones en el procesamiento lógico y emocional de un individuo. Por lo consiguiente son parte de la interpretación del mundo y el entorno en que se desenvuelve.

En el caso de la agresividad, no solo fomenta otras patologías incluye una particularidad de distorsiones a nivel socio afectivo, en perspectiva de una persona que no cuenta con habilidades sociales innatas, suelen incorporarse a él como un mecanismo de defensa para poder establecer su zona de confort, lo que no solo expande la exclusividad del problema por cuestión, además lo integra al sujeto, debido a que no solo se repiten, también la condicionan su vida.

Aclarando que nuestro sujeto de estudio presenta también ciertas limitaciones de la comprensión ejecutiva psiconductual; el referente para lograr un primer paso de la extensibilidad que se debe poseer a la hora de procesar la información recibida, tenemos que no lograría mantener autocontrol de sí mismo, muchas veces no solo por una desvirtuación de conceptos, sino que no logra entender cómo funciona su mente.

## **Capacidad para el manejo de emociones consumiendo drogas.**

El consumo activo de sustancias como el cannabis, provoca estados de irritabilidad, agresividad, distorsión de la percepción, además de la pérdida de la regulación de autocontrol, sufrir esta alteración provoca estados fúricos impredecibles, fomenta en la vida de un paciente una gran cantidad de conflictos; Esas debilidades están presentes dentro de la inteligencia emocional parcial que inicialmente tiene cada ser humano y que pueden desembocar actitudes agresivas o incluso en incursionar actividades delictivas o criminales contra otros.

Para las Autoras (Bacusoy, Suarez, 2020); establecen que:

Las conductas por consumo de cannabis pueden desplegar conductas ansiógenas, estados de pánico y confusión de ideas, el consumo prolongado genera sensibilidad a la luz, o ruidos estridentes, irritabilidad, o mal carácter debido a la tensión orgánica de la tolerancia; sus efectos son intensos, logran alterar la percepción y distorsionar la realidad, lo que genera reflejos involuntarios de agresividad, que con el tiempo son constantes (p.18).

Es así que la intención terapéutica se centra a trabajar la cognición del paciente en las sesiones.

En el caso de las personas con una baja capacidad de tolerancia o resistencia, las causales pueden alterar gran parte de su estancia dentro del centro penal, pues se encuentra con grandes limitaciones de espacio o de integridad, la privacidad también es escasa pues se logra pocas veces tener una legitimidad de derechos individuales, ya que la concordancia entre múltiples personalidades como la reducción de espacio logra que existan varios componentes negativos que imposibilitan un desarrollo efectivo en su salud mental.

La capacidad de ejecución de un sujeto privado de la libertad en este caso es más precario, ya que se ve vinculado a un entorno más íntimo con otros posibles consumidores, en este caso su nivel de reincidencia puede derivar una pronta recaída por el consumo; exacerbando sus emociones y comportamientos agresivos, un proceso de terapia convencional no basta, sino uno exclusivo o propio del tema de adicciones, se mantiene la sintonía de atención terapéutica con una misma terapia, pero se da paso también a la indagación de otros modelos de intervención.

### **Situaciones que desatan la agresividad.**

Para (Murrueta, 2021); “la acción impulsiva y la acción reflexiva son generadas por variantes emocionales que generan diversas causas que afectan la estabilidad y coherencia del pensamiento olvidando retomar la relevancia de la reflexividad y el autocontrol de impulsos o pasiones al actuar.” (p.57).

En un medio sin destrezas o materiales que permitan la autoeducación que invita a una reflexión propia de la vida, rara vez se puede esperar cambios positivos, al contrario estos cambios se tornan infructuosos y deplorables para los sujetos en materia, estas situaciones son exponenciales al ámbito penal, por lo inflexible del sistema o la organización poco tolerante, donde una situación habitual puede volverse la causa de un conflicto mayor.

Según (Botina, 2021); “una causa psicológica, se considera a la epinefrina; composición neurotransmisora entre el estado de ánimo como: ansiedad, estrés o depresión, que provoca explorar nuevas emociones y sensaciones de placer en cada aventura, motivado por afrontar los peligros o conductas temerarias.” (p.8).

### **Características de la persona violenta.**

Considerado de (Moreno, 2009 Citado por Freddy, 2021); “la violencia individual describe las percepciones propias de la persona, como la forma de interacción, y significados al contexto de relación social. La violencia de otros implica la construcción de ideas de desde la perspectiva de las víctimas.” (p.4).

A veces las características del sujeto desarrollan facultades asociales, en ausencia de las habilidades de afrontamiento adecuadas para relacionarse con naturalidad; estas alteraciones son comunes verse desarrolladas debido a una infancia difícil, por lo consiguiente suele ser aún más estresante debido a las condiciones adquiridas por parte del sujeto, que desequilibran el razonamiento lógico y las reacciones instantáneas que son las que son más visibles, como: enrojecimiento, reacción colérica, gritos y tensión.

## **Convivencia en los centros de Rehabilitación.**

Según la convivencia en las cárceles estableciendo por el autor.

(Inkeles, 2010 Citado por Lozano, 2020); Afirma:

Delinear las condiciones y demandas de la vida social y señalar el procedimiento por el cual una sociedad determinada se las arregla para satisfacer sus necesidades, así como tratar de la manera en que las distintas estructuras están coordinadas e integradas, conservan la unidad social como un sistema u organismo completo. (p.6).

Es decir, son ellos quienes se encargarán de dirigir su comportamiento, por medio de la realidad que puedan sostener al centro de reclusión social.

El lograr un adecuado comportamiento aún más durante el consumo de cannabis, promueve una mayor dependencia, en búsqueda de refugio además que se exponen a situaciones que disgregan sus funciones cognitivas según el grado de adicción, sobre todo con una integración social deteriorada al medio penal, en estas condiciones las relaciones entre las personas privadas de libertad, se torna muy hostil, pues obtener algo de paz está lejos de la factibilidad del espacio y las múltiples personalidades que se enfrentan a ese medio.

Las relaciones entre PPL suele ser a través de las jerarquías establecidas entre los grupos factoriales en cada zona poblacional, cada una de estas directivas están conformadas por cinco o más miembros a cada área zonal, estos se encargan de direccionar las actividades y los actos de justicia o ataques a otros reos que no se ajusten a sus intereses; esta realidad propicia no solo una sumisión hacia aquellos líderes sino el desplazamiento de ciertos derechos legales determinados en la propia constitución.

Parte de dicha problemática logra que se mantenga un conjunto de factores de riesgo para el residente, pues ya no solo se trata de una simple relación social entre grupos, sino una carrera por la sobrevivencia y la gran cantidad de conflictos existentes en el medio penitenciario, sea por espacio físico, extorsiones, visitas y restricciones conforme a lo que el paciente actúa conforme a la situación a la que se vea envuelto.

## **Atención psicológica en adicciones y conductas.**

En la Teoría cognitiva establecida por (Beck, 1999 citado por Martínez, 2018); Manifiesta:

La terapia cognitiva conductual parte del precepto de que los trastornos por adicciones se generan y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas, además de diferentes errores por el procesamiento de la información. Este tratamiento está orientado a modificar los pensamientos o creencias erróneas del paciente y a enseñarle técnicas de autocontrol (p.71).

Para realizar la intervención se da una revisión de todos los elementos teóricos en sus postulados.

La fase introductoria se maneja a través de la acogida y la valoración general psicopatológica, el establecimiento diferencial por consumo, se logra una evaluación toxicológica y emocional; cada uno de estos aspectos tomados a modo de guía en la exploración del encuadre clínico se toma como referencia empezando por los estadios de cambio, la psicoeducación, esquemas motivacionales, concientizando, evaluando recaídas, pasando al manejo del craving.

Las alternativas brindadas al paciente, las técnicas usadas, el control de estímulos, el psicoentrenamiento conductual y sus ideas centrales, según la etapa de cambio que presenta, suelen readecuarse y ser más flexibles, los hábitos antiguos se convierten en motivaciones fervientes para el abandono del consumo; esto eventualmente se establece mediante las tareas que permitan hacer frente a las crisis sociales o relacionales, cada una de ellas formuladas según el caso a tratar, ya que se encausan a una nueva realidad.

En cuanto a la pérdida de control y culpabilidad durante las recaídas, suelen abordarse las condiciones sujetas a conflictos ambientales, estas sujetas a la practicidad del terapeuta a la hora de realizar la evaluación del diagnóstico presuntivo donde pueda trabajar a fin de identificar situaciones de riesgo usualmente ligadas a su propia cognición, estas logran un impacto reconstructivo según la forma en la que actúa siente y piensa a través de las estrategias usadas y la atención pertinente brindada de carácter y activa directiva reconciliadora.

## TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

**Uso de Metodología.** - La formulación descrita, fue realizada según la metodología cuantitativa y cualitativa, aplicada a una muestra, caracterizadas por explorar información del tipo teórico y práctica. Los métodos usados fueron el estudio de caso, enfocado en la situación específica del sujeto de estudio, el método psicológico clínico, usado para la comprensión de desarrollo biológico, psicológico y social, también el método psicométrico, usado de forma cuantitativo para la valoración de signos y síntomas; así como la revisión bibliográfica de artículos e investigaciones anteriores refrendadas, en conjunto con técnicas de recolección e intervención.

**Método observacional.** - Esta técnica se caracteriza por la no intervención o manipulación del investigador del proceso, tiene como objetivo al análisis de los aspectos observables para ello se usó la guía estandarizada en donde se detectó: irritación, tensión, sudoración, rasgos amerindios, estatura media, contextura ectomorfa, fatiga, lenguaje lento pausado. (Ver Anexo A)

**Entrevista semiestructurada.** - Es una técnica compuesta de preguntas claras, que permite precisar un orden, establecer un buen rapport y recabar información importante para el diagnóstico, esto se logró mediante preguntas abiertas ¿Qué problemas tiene?, y cerradas, ¿Se siente triste? Teniendo como objetivo recabar información personal que permita extender en campo de acción a trabajar por el evaluador.

**Historia clínica.** - Este formato técnico, permite obtener los datos personales, anamnesis, fenomenología, exploración clínica a nivel cognitivo, afectivo y conductual. En la recepción de datos de la anamnesis se constató la edad 24 años, tipo de familia monoparental, en unión libre, con una única hija, durante la exploración clínica, poca concentración, angustia. (Ver Anexo B)

**Test proyectivo casa – árbol – persona (HTP).** - Mide los aspectos que caracterizan a una persona, a través de una proyección (sanas o patológicas) del paciente, con la realización de tres gráficos específicos. Durante la realización de los gráficos se mostró inseguro, aburrido realizo los trazos en la esquina superior izquierda, le tomo 7 minutos culminar la prueba. (Ver Anexo C)

**Test de Salamanca para el screening de la personalidad.** - Tiene como objetivo medir las escalas de la personalidad, contiene 22 preguntas respondidas en 3 aspectos a la aplicación el paciente, estuvo poco concentrado, se equivocó de línea al puntuar 3 preguntas por lo que procedió a borrar y retomar la que era correcta, termino en 10 minutos. (Ver Anexo D)

**Test de ASSIST V3.0 prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias.** – Esta mide el consumo y prevalencia de drogas en los últimos 3 meses, cuando se inició con la socialización del formato, dudo al responder la pregunta 3, le tomo 16 minutos culminar, obteniendo una puntuación alta de “35” la sumatoria de cada pregunta de la 2 a la 7. (Ver Anexo E)

**Psicoeducación.** - Se trata de una técnica de explicación educativa clínica, permite la incorporación elemental del paciente al tema abordado, para la identificación y desarrollo. Se comenzó con una charla teórica, seguido de eso se procedió a la concientización donde el individuo identifico en sí mismo sus emociones y sentimientos.

**Respiración controlada.** - Se compone de un ejercicio de inhalación y exhalación por espacios de tiempo, se usa para relajar, además ayuda a disminuir la tensión o la ansiedad. Mediante la actividad el paciente logro disminuir su frustración durante la sesión, aprendiendo a controlar su impulsividad para el manejo y autocontrol en futuras situaciones.

**Diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos.** - Se trata de un tipo de formato el cual permite distinguir al paciente la descripción de un suceso explicado. En la cual se logró establecer la discrepancia entre las emociones, conductas y cogniciones que se le presentan, esto promovió considerablemente la aceptación del proceso terapéutico.

**Costo Beneficio.** - Esta técnica se realiza mediante un formato para analizar las ventajas y desventajas de mantener un tipo de creencias y como beneficiaria descartarla. Para lo cual se estableció lo favorable que seria abandonar el consumo en conjunto con las creencias que le causaban perturbación, mediante pensamientos alternativos.

**Conciencia plena, aceptación y compromiso.** - Esta técnica consiste por un formato para concientizar la situación, permite comprender y comprometerse a nuevos criterios y soluciones. En donde se estableció el compromiso de continuar con el tratamiento psicoterapéutico, ejercer las tareas enviadas gradualmente, y mantener el uso de las técnicas antes mencionadas para un restablecimiento progresivo integral.



## **RESULTADOS OBTENIDOS**

Planteamiento del caso: joven de 24 años de edad de sexo masculino, proveniente de un hogar disfuncional es el segundo de cuatro hermanos, con un grado de educación secundaria, tipo de familia monoparental, conformada con el padre y tres hermanos, con una ruptura de su relación sentimental, padre de una hija, con un historial delictivo menor con una incidencia de 2 detenciones anteriores por disturbios y actualmente se encuentra recluido en el SNAI de Babahoyo. Debido al consumo de cannabis y su actividad delictiva (hurtos) con un índice de conductas violentas mayores. Se programó la entrevista; con un número de 5 sesiones de 45 minutos aproximadamente, dirigidas al cliente los días lunes de cada semana.

**Primera entrevista:** El día 19 de mayo del 2021 a las 11h00 am – 12h00 pm

Se hace el debido contacto con el paciente en el CRS, se inició con el rapport, usamos el método observacional y se procedió con la entrevista semi estructurada, para la creación de la historia clínica, el motivo de consulta responde “me drogo desde los 15 años para pasar el rato, desde ahí todos están en mi contra, pero desde hace un año que murió mi padre me drogo más, soy más agresivo y como le entre al robo a unos manes, por eso que estoy preso” además acota “Mi mujer me dejo, quiero ver a mi hija, pero nadie me quiere ayudar”. Se usó la psicoeducación para explicarle sobre las causas y consecuencias de la drogodependencia.

**Segunda entrevista:** El día, 27 de mayo del 2021 a las 11h00 am – 11:45 h00 am.

Se procede a realizarle las pruebas entre ellas el test HTP, obteniendo una personalidad paranoide-esquizoide. En el test de ASSIST V3.0. Obtuvo un consumo alto de cannabis de la categoría “C”. En el test de SALAMANCA dio como resultado, personalidad subtipo límite grupo A: “Esquizoide”. Durante la aplicación de los test el paciente se muestra ansioso, melancólico: por ello se utilizó la técnica de respiración controlada con conteo, para relajar y regular su ansiedad.

**Tercera entrevista:** El día 03 de junio del 2021 a las 11h00 am – 11:45 h00 am.

Se realiza la devolución de la información y los resultados obtenidos a lo largo de las sesiones, la sociabilización del manejo terapéutico centrado en la terapia cognitiva conductual; con la colaboración y predisposición al cambio por parte del paciente, iniciando con la técnica: diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos, aquí identifiqué los pensamientos que le generaban malestar, (todos están en mi contra) - (nadie me quiere ayudar), se le envió una tarea para la siguiente sesión.

**Cuarta entrevista:** El día 9 de junio del 2021 a las 10h00 am – 10:45h00 am

Se estableció la debida consulta para realizar la revisión de tareas y continuar con la aplicación de técnicas cognitivas conductuales usando la técnica de: costo beneficio, con la cual pudo determinar el grado de importancia de abandonar el consumo, debido a los problemas que este le desencadena en su vida, además del costo que significaba mantener sus creencias distorsionadas, para lo cual se propuso un conjunto de ideas alternativas, invitando a la reflexión del paciente para que dé a poco reduzca el nivel de consumo del cannabis, se culminó aceptando volver para la siguiente sesión.

**Quinta entrevista:** El día 17 de junio del 2021 a las 11h00 am – 11:45h00 am

Se observó mejoría en el paciente, más extrovertido, seguro al hablar, etc. Además redujo las dosis de 5 a 2 por semana y consideró asilarse en otra celda con no consumidores, aquí usamos la técnica de: conciencia plena, aceptación y compromiso, permitiéndole asimilar su situación, acepte ayuda y se comprometa a continuar con el proceso de atención y desintoxicación que le otorga el SNAI; estuvo dispuesto a ser removido a una celda con no consumidores, para evitar la continuidad del consumo. Delegándole de tarea continuar con las técnicas de relajación, efectuando el cierre del proceso con pronóstico reservado, relevando la continuación a la psicóloga a cargo del CRS.

## SITUACIONES DETECTADAS

Después de la exploración psicológica, se detecta lo siguiente: el paciente varias veces ha intentado abandonar el cannabis sin éxito (*encontrándose en contemplación*) presentando “fatiga, sudoración, ansiedad” y conductas violentas, alude que a veces tuvo peleas con sus compañeros de celda por no querer consumir este producto, llegando al punto de no poder conciliar el sueño.

**Características violentas de la persona.** - Manifiesta la PPL, que su infancia fue difícil, sufrió abandono y poca atención dirigida a sus necesidades básicas, tuvo dificultades de aprendizaje, solía escaparse de la escuela, por lo que recibía castigos por su padre, era rebelde solía excederse en malos comportamientos, tenía una relación distante con sus hermanos, a los 10 años empezó a consumir alcohol con sus primos cercanos, a los 15 ingesta de cannabis, participaba en constante peleas callejeras, discusiones con su padre y su pareja, presento detenciones por escándalo público y empezó su actividad delictiva con robos agravados a mano armada.

**HTP (casa, árbol, persona).** - Esta batería proyectiva fue creada por el Psc. John Buck en 1948. Él los resultados arrojo una baja autoestima, inseguridad, hostilidad, rigidez, introversión, indeciso/impulsivo, ansiedad. Cada uno de estos rasgos se orientan a un perfil de personalidad paranoide-esquizoide.

**Test Salamanca.** – Fue creado por Pérez Urdániz en el 2014, con la finalidad de medir la personalidad y características psíquicas dominantes, de acuerdo a los resultados el paciente presenta características de inestabilidad emocional , posee baja autoestima, tiende a alejarse de las personas posee baja energía, emotividad acompañada de ira, muestra dificultad de adaptación, presentando un posible trastorno de la personalidad subtipo, limite grupo A “ esquizoide”.

**ASSIS V03.0 prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.** – Esta prueba psicométrica permitió medir el nivel del consumo de cannabis y otras sustancias en el paciente, usando un formato ejecutado por 7 páginas con diversas sustancias y una con sustancias inyectables, a este caso le tomo 16 minutos en llenar el cuestionario con una puntuación de 35 por la sumatoria de cada pregunta de la 2 a la 7 estableciéndose a la categoría C, con un consumo alto de cannabis.

**En lo que respecta al nivel socio-afectivo.** - Alude sentirse irritado, tenso, bastante frustrado, a pesar de estar separado de la madre de su hija, mantienen cierto contacto para saber de la niña, también acota que la relación con sus compañeros de celda no es buena, ya que dice el pierde fácilmente la paciencia. Cuando se le entrevistaba se lo observo preocupado, con sentimiento de culpa, fisiológicamente tembloroso con tics o manierismos sus manos y piernas.

**En la esfera social comportamental.** - Posee una personalidad esquizoide/paranoide, comenzó a cometer actos violentos menores como peleas a temprana edad, debido al uso de cannabis tiene cambios bruscos en su conducta, es impulsivo, ansioso, con fatiga, se aísla, esta tenso, con mucha sudoración y la desesperación por consumir el alcaloide le ha llevado a realizar delitos mayores como el hurto, por lo que ahora se encuentra recluido en el SNAI de Babahoyo.

**En el ámbito Cognitivo.** - Manifiesta que ya lleva un tiempo separado de su esposa, pero que tiene una hija de tres años a quien anhela ver cuando salga de prisión, aunque considera que nadie le quiere ayudar; (*generalización excesiva*), convivio con una familia disfuncional conflictiva, posee poca concentración, por curiosidad empezó a consumir cannabis hace unos 9 años solo de forma ocasional, debido a ello cree que todos estaban en su contra; (*inferencia arbitraria*), y a raíz de la muerte de su padre el deseo de consumo de cannabis se hizo más agudo.

**En el área Somática.** – Se realizó la formulación de afectaciones tales como: Poca Energía o Fatiga, Manierismos o Tics, Debido a las preocupaciones y el hacinamiento que mantenía el paciente, algunas de las afectaciones más marcadas era la incomodidad para poder sobrellevar el estado de abstinencia, combinado con los recuerdos presentes de sus diálogos con su padre al que considera recordar en ocasiones, además de las afectaciones fisiológicas que le provocaban pérdida de apetito y tensión muscular, cierta resistencia a la interacción con otros reos y el deseo de tomar un descanso de su confinamiento.

De acuerdo a los resultados obtenidos queda establecido un tipo de personalidad esquizoide en el sujeto, además de un diagnóstico clínico presuntivo según:

**El CIE 10 con el código F12.288 “trastorno por abstinencia de cannabis”.**

## SOLUCIONES PLANTEADAS

Una vez realizado el diagnóstico pertinente y con el objetivo de brindar solución al problema psicológico del paciente debido a los cambios violentos de la conducta por la abstinencia al consumo del cannabis que está afectado su vida inter-intra personal, se elabora el siguiente esquema terapéutico, basado en técnicas de psicoeducación, relajación, y cognitivo conductual.

**Área Afectiva.** – *En la primera sesión:* se aplicó la técnica de psicoeducación, con el objetivo de que el paciente concientice acerca de las afecciones de las drogas en su conducta e identifique lo que siente y porque lo siente, permitiéndole afrontar su frustración y malestar, para lo cual se tuvo una respuesta favorable por parte del PPL.

**Área Conductual.** – *En la segunda sesión:* se usó la técnica de respiración controlada, para relajar al paciente y mediante su uso constante logre controlar su impulsividad y agresividad, además logre aplicar esta destreza en futuras situaciones que le generen dificultad.

**Área Cognitiva.** – Se trabajó con tres técnicas cognitivo conductuales en cada sesión.

*En la tercera sesión:* Se utilizó la técnica de Diferenciando hechos pensamientos y sentimientos con el objetivo de que el paciente pueda reconocer los pensamientos que le generan molestias, permitiéndole separar cada aspecto para posteriormente ser evaluado por separado.

*En la cuarta sesión:* Implementamos la técnica de Costo Beneficio teniendo como objetivo verifique el costo de mantener el consumo actual y la factibilidad de abandonarlo, además del beneficio que puede ocasionar el abandonar sus creencias distorsionadas, cambiándolas por pensamientos más funcionales para superar su situación.

*En la quinta sesión:* Usamos la técnica de Conciencia plena, aceptación y compromiso, para permitir una reflexión integral del paciente al cambio acerca de sus creencias y compromiso, se logró hacer remanencia en las creencias del paciente, regulo sus criterios acerca de sus cogniciones pero sobre todo acepto el compromiso de continuar durante el proceso terapéutico a fin de reestablecerse en cuanto a él consumo.

**TABLA 1**

<i>Categorías</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Actividad</i>	<i>N° de sesión</i>	<i>Resultados esperados</i>
<b>Afectivo</b> “Frustración”	Concientizar al paciente acerca de las emociones y sentimientos	Psico educación	Se comenzó con una charla teórica, donde el paciente pudo conocer los tipos de emociones y sentimientos, seguido de eso se procedió a la concientización donde el individuo identifico en sí mismo su frustración y afectividad.	1	Mediante el uso de la concientización, se logró que el paciente reconociera e identificara, lo que siente y porque lo siente. Permitiéndole afrontar su frustración.
<b>Conductual</b> “actitud violenta”	Controlar sus estados impulsivos o agresivos.	Respiración controlada	Se trata de que en situaciones de ira el paciente proceda a realizar inhalaciones durante varios segundos, controlar su enojo y actuar correctamente.	1	Mediante la actividad el paciente logro relajarse en la sesión, aprendiendo a controlar su impulsividad en futuras situaciones.
<b>Cognitivo</b> “todos están en mi contra”  “Nadie me quiere ayudar”	Trabajar las distorsiones cognitivas	Diferenciand o hechos pensamientos y sentimientos  Costo Beneficio  Conciencia plena, aceptación y compromiso.	Se le pidió al paciente que en una tabla separe la situación, lo que pensó y como se sintió.  Se le otorgo al paciente un formato en donde establecería el costo y beneficio de abandonar el consumo.  Se realizo un formato en que el paciente reflexionaba sobre su situación y compromiso de mejoría.	3	El paciente logro reconocer que las distorsiones cognitivas son las que le generan irritabilidad y malestar.  La diferencia entre sus hechos, sentimientos y pensamientos; además del costo y los beneficios de consumir cannabis, la aceptación de su problema y el compromiso de continuar en el proceso terapéutico.

## CONCLUSIONES

Este estudio de caso presenta una problemática basada en las conductas violentas, propiciada por el consumo de cannabis, una de las problemáticas más comunes en el ámbito social y penitenciario del país, el consumo de sustancias provoca afección en la amígdala hipofisiaria, lo cual genera estados de tensión, agresividad e irritabilidad, causando malestar y consecuencias graves de la salud y el comportamiento, sobre todo por ciertos periodos de frustración donde se activan las conductas violentas del consumidor.

Se utilizó todos los conocimientos y destrezas adquiridas durante el proceso académico centradas a la psicología clínica, se tomó para este estudio el caso de un joven recluso en el CRS Babahoyo, se estableció que los aspectos precipitantes que afectan la conducta del paciente son carecer de la sustancia cannabis, las creencias de que no recibe comprensión o ayuda de nadie, lo que desata su agresividad y violencia, encontrándose en la etapa de la contemplación.

El paciente tuvo una infancia difícil creció en un hogar disfuncional, tuvo su primer contacto con las drogas de forma recreativa, desde entonces sus creencias sobre la opinión que tienen sobre sí mismo, creó una actitud sesgada y defensiva, que desplegó una personalidad cada vez más agresiva incluso tornándose en violenta y delictiva con el afán de conseguir la sustancia, por consiguiente se corroboró que no son solo las drogas las causas de las conductas violentas, sino la propia personalidad y esquemas mentales del sujeto, adquiridos a lo largo de su vida.

Esta resolución se logró establecer mediante el encuadre de diagnóstico ejercido en la proyección de hechos vividos, la obtención de las pruebas valorativas por donde se establecen rasgos intrínsecos que marcan la vida del sujeto, como tal; la explicación de sus conductas parten de una afectación característica de los factores ambientales y caracterológicos, en donde se despliega una proyección de las consecuencias y actos ejercidos durante la afrontación de sus problemas o las relaciones personales afectivos.

Se predeterminó los factores de riesgos son: el centro penitenciario en el que se encuentra, ya que el hacinamiento se encuentra en constante contacto con la sustancia, además la pérdida humana de su padre y el abandono de su esposa; promueven que su afectividad sea vulnerada logrando así una predisposición a buscar refugio por el consumo de sustancias.

En los métodos usados, se aplicó la entrevista semiestructurada, la historia clínica, el test de personalidad HTP, el test de adicciones ASSIST V3.0. y el test de personalidad SALAMANCA, lo que en la exploración de signos y síntomas nos dio como resultado rasgos de personalidad esquizoide/paranoide, con características violentas y un diagnóstico F12.288 “trastorno por abstinencia de cannabis”. Provenientes desde su adolescencia y con una continuidad en el CRS.

En los logros obtenidos a través de la terapia se trabajó con la psicoeducación en la concientización del abuso de drogas, además de técnicas de relajación, para la disminución de la tensión y autocontrol, se logró identificar dos creencias distorsionadas en el paciente, inferencia arbitraria y generalización excesiva, para lo cual se aplicó técnicas cognitivo conductual como: Diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos, Costo Beneficio, Conciencia plena, aceptación y compromiso, logrando debatir sus creencias, redefiniendo esquemas más funcionales, que le permitan afrontar sus problemas.

Los cambios de la adicción en conjunto con trabajo ejercido se logró progresos en los estadios de cambio del paciente pasando de la etapa de la contemplación a la preparación a la acción en las últimas sesiones, ¡por lo cual!, el progreso establecido durante la reducción de dosificaciones y la disponibilidad, partiendo de la decisión a permanecer con ciertos estados de alerta, mediante la situación en la problemática planteada, se establezca como una tipificación del problema que puede pretender cambiarse.

Se recomienda que el paciente continúe el trabajo ejercido por el equipo multidisciplinario en cuanto a su desintoxicación, se de paso al trabajo realizado mediante la terapia cognitiva conductual, para el restablecimiento del paciente, solicitando se prolongue el uso de las técnicas que resultaron efectivas en la exploración de su estado comportamental, afectivo y cognitivo, permitiendo lograr los cambios funcionales esperados.

Aislamiento de otros compañeros consumidores, mantenerse en el proceso psicoterapéutico para el control de sus emociones e impulsos y el respectivo seguimiento por parte de las autoridades del CRS, el incorporarse respectivamente a los programas de atención para adicciones, pero sobre todo la predisposición de parte del beneficiario a trabajar para el control de recaídas o situaciones de riesgo, presentes en cada una de las áreas a las que se desenvuelve dentro del centro penitenciario.



## BIBLIOGRAFÍA

- Alava, C. A. (2020). *Distorsiones Cognitivas en un Paciente Farmacodependiente*. Babahoyo - Ecuador: Academic. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8901/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bacusoy, Suarez. (2020). *Trastornos de comportamiento asociado a sustancias psicoactivas*. Jipijapa - Ecuador: Cienim. Obtenido de <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/2539/1/PONCE%20BACUSOY%20-SUAREZ%20MARTINEZ.pdf>
- Botina, D. A. (2021). *Mirada Sociológica de la Violencia Juvenil*. Pasto - Colombia: Revista Latinoamericana. Obtenido de [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/65337004/7.\\_Botina\\_2021\\_-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1630819516&Signature=aCn1layEP~C6T6JaZ0Av7H~JHCWRJc1MVw3Lt6Y7DYi5fvaKVBKmVywFksfOjLGc~qipYwAe0W0DbR4tGOIpcq~t61A0B9Fzu5pTydBuAOVEL2FyS1-9LZbcHGEv0t0PCLWemRivZzkX](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/65337004/7._Botina_2021_-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1630819516&Signature=aCn1layEP~C6T6JaZ0Av7H~JHCWRJc1MVw3Lt6Y7DYi5fvaKVBKmVywFksfOjLGc~qipYwAe0W0DbR4tGOIpcq~t61A0B9Fzu5pTydBuAOVEL2FyS1-9LZbcHGEv0t0PCLWemRivZzkX)
- Cornejo, G. A. (2018). *Sindrome de Abstinencia de Marihuana, Cocaína Y Heroína*. Guayaquil - Ecuador: Sonepsyn. Obtenido de <http://repositorio.uees.edu.ec/bitstream/123456789/2614/1/CORNEJO%20ANA%20CRISTINA.pdf>
- Escobar, V. R. (2021). *Busqueda de Moduladores del Sistema Endocannabinoide*. Santiago: El Chileno. Obtenido de [file:///C:/Users/DELL/Downloads/Tesis\\_VF\\_RAEV%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/Tesis_VF_RAEV%20(1).pdf)

- Freddy, A. C. (2021). *Estudio cualitativo sobre sujetos de vida violenta*. Guarenas – Venezuela: Veneciano R. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid)
- Lozano, B. L.–R. (2020). *Plan Estratégico de Comunicación para la Convivencia de las Personas Privadas de Libertad*. Quito - Ecuador: Vistazo. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/18445/1/UPS-QT14381.pdf>
- Martinez, T. C. (2018). *Un diálogo del abordaje clínico de la toxicomanía*. Bucaramanga - Colombia: Acumberss. Obtenido de [https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/391/2018\\_Tesis\\_Carlos\\_Roldan\\_Martinez.pdf?sequence=1](https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/391/2018_Tesis_Carlos_Roldan_Martinez.pdf?sequence=1)
- Murueta, R. M. (2021). *Salud Psicológica, Educación y Paz Social*. México - México: Periozteca MM. Obtenido de <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/231/2311838004/2311838004.pdf>
- Rosero, J. S. (2020). *Consumo de Sustancias psicoactivas en cárceles en el Ecuador*. Quito - Ecuador: Studium. Obtenido de <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3784/1/Art%C3%ADculo%20Rosero%20C%C3%B3rdova.pdf>

**ANEXO A**

**GUIA DE OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA**

<b>Nombres.</b>		<b>Fecha.</b>		
<b>Lugar.</b>		<b>Edad</b>		
<b>INDICADORES</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TALVEZ</b>
<b>1</b>	Con frecuencia hace movimientos involuntarios (tics o manierismos)			
<b>2</b>	Se muestra desanimado y sin predisposición.			
<b>3</b>	Habla con rapidez y con lenguaje poco comprensible			
<b>4</b>	Se le dificulta seguir las normas que se le dio			
<b>5</b>	Muestra signos de cansancio, o aburrimiento			
<b>6</b>	Miente con regularidad.			
<b>7</b>	Da respuestas cortas o no da ninguna			
<b>8</b>	Presenta hostilidad			
<b>9</b>	No es tolerante, se irrita con facilidad			
<b>10</b>	Al sentarse adopta una postura restringida.			
<b>11</b>	No mantiene contacto visual			
<b>12</b>	Se distrae con facilidad			
<b>13</b>	No muestra ningún interés en la sesión			
<b>14</b>	No desea participar en las actividades			
<b>15</b>	Se retira en la mitad de la sesión			

**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**

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
<b>Cognitivo</b>		
<b>Afectivo</b>		
<b>Pensamiento</b>		
<b>Conducta social - escolar</b>		
<b>Somática</b>		

**9.1. Factores predisponentes:**

**9.2. Evento precipitante:**

**9.3. Tiempo de evolución:**

**10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

**11. PRONÓSTICO**

**12. RECOMENDACIONES**

**13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

<b>Hallazgos</b>	<b>Meta Terapéutica</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de Sesiones</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados Obtenidos</b>

\_\_\_\_\_  
Firma del pasante

**“TEST/ CASA, ÁRBOL, PERSONA, HTP”**

<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Fecha de la Aplicación de la Prueba:</b>	<b>Estado Civil:</b>

**DETALLES DEL TEST:**

La aplicación de este test, tiene por objetivo medir aspectos profundos de la personalidad (sanos y patológicos) así como determinar el funcionamiento intelectual en aspectos de “creatividad artística fundamental de la personalidad individual, a través de los dibujos”

**MOTIVO DE LA APLICACION**

---

---

**DESCRIPCION**

---

---

**CASA.**

**Datos Observables:**

---

**ÁRBOL.**

**Datos Observables:**

---

**PERSONA.**

**Datos Observables:**

---

**Resultados:**

---

**Recomendaciones:**

---

Psc: \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE**

**ANEXO D**

**CUESTIONARIO SALAMANCA (VERSIÓN 2007)  
PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Nombres		Edad		
Lugar		Fecha		
<i>Ponga una cruz: V para verdadero y F para falso. En el caso de contestar V (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta:</i>		A veces	Con Frecuencia	Siempre
		1	Pienso que más vale no confiar en los demás.	
2	Me gustaría dar a la gente su merecido.			
3	Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo.			
4	Prefiero estar conmigo mismo.			
5	¿Piensa la gente que es usted raro o excéntrico?			
6	Estoy más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente.			
7	Soy demasiado emocional.			
8	Doy mucha importancia y atención a mi imagen.			
9	Hago cosas que están fuera de la ley.			
10	Tengo poco respeto por los derechos de los demás.			
11	Soy especial y merezco que me lo reconozcan.			
12	Mucha gente me envidia por mi valía.			
13	Mis emociones son como una montaña rusa.			
14	Soy impulsivo.			
15	Me pregunto con frecuencia cuál es mi papel en la vida.			
16	Me siento aburrido y vacío con facilidad.			
17	¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado o rígido ?.			
18	Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador.			
19	Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás.			
20	Me cuesta tomar decisiones por mí mismo.			
21	Soy nervioso.			
22	Tengo mucho miedo a hacer el ridículo.			

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**



**ANEXO E**

<b>OMS - ASSIST V3. 0</b>		<b>Nombres</b>	
<b>Pregunta 1</b>		<b>Lugar</b>	
A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)		<b>NO</b>	<b>SI</b>
<b>a.</b>	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
<b>b.</b>	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		
<b>c.</b>	Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		
<b>d.</b>	Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)		
<b>e.</b>	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
<b>f.</b>	Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)		
<b>g.</b>	Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		
<b>h.</b>	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)		
<b>i.</b>	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		
<b>j.</b>	Otras - especifique:		

<b>Pregunta 2</b>							
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ¿ETC)?		nunca	1 o 2 veces	cada mes	cada semana	A diario	Casi a diario
<b>a.</b>	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)						
<b>b.</b>	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)						
<b>c.</b>	Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)						
<b>d.</b>	Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)						
<b>e.</b>	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)						
<b>f.</b>	Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)						
<b>g.</b>	Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)						
<b>h.</b>	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)						
<b>i.</b>	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)						
<b>j.</b>	Otras - especifique:						

<b>Pregunta 3</b>							
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ¿ETC)?		nunca	1 o 2 veces	cada mes	cada semana	A diario	Casi a diario
a.	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)						
b.	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)						
c.	Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)						
d.	Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)						
e.	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)						
f.	Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)						
g.	Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)						
h.	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)						
i.	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)						
j.	Otras - especifique:						

<b>Pregunta 4</b>							
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 o 2 veces	cada mes	cada semana	A diario	Casi a diario
a.	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)						
b.	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)						
c.	Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)						
d.	Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)						
e.	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)						
f.	Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)						
g.	Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)						
h.	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)						
i.	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)						
j.	Otras - especifique:						

<b>Pregunta 5</b>							
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 0 2 veces	cada mes	cada semana	A diario	Casi a diario
a.	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)						
b.	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)						
c.	Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)						
d.	Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)						
e.	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)						
f.	Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)						
g.	Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)						
h.	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)						
i.	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)						
j.	Otras - especifique:						

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

<b>Pregunta 7</b>				
¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ¿ETC) y no lo ha logrado?		No nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
<b>a.</b>	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
<b>b.</b>	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)			
<b>c.</b>	Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)			
<b>d.</b>	Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)			
<b>e.</b>	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
<b>f.</b>	Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)			
<b>g.</b>	Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
<b>h.</b>	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)			
<b>i.</b>	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)			
<b>j.</b>	Otras - especifique:			

<b>Pregunta 8</b>				
¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ¿ETC) y no lo ha logrado?		No nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
<b>a.</b>	¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)			

Psic. \_\_\_\_\_

**FIRMA**