



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



**DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

PROBLEMA:

**VIOLENCIA PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE CANNABIS
DE UN ADOLESCENTE DE 19 AÑOS DEL CANTÓN VENTANAS, PROVINCIA
DE LOS RÍOS.**

AUTOR:

LESLEY MELINA CARRIEL PÉREZ

TUTOR:

AB. DANIEL GOMEZ

BABAHOYO

2022

RESUMEN

El consumo de cannabis en adolescentes surge con regularidad en la sociedad actual, esta droga es considerada la más consumida en el mundo. Los adolescentes son más vulnerables a la ingesta que los adultos y los efectos adversos son dependencia, dificultades en el desarrollo psicosocial, rendimiento escolar bajo, deterioro cognitivo y tendencia a desarrollar trastornos de depresión, ansiedad, entre otros.

El objetivo de la investigación es analizar la influencia que tiene la violencia parental en el consumo de cannabis de adolescente de 19 años. Cabe resaltar que son relativamente escasos los estudios realizados que examinan la violencia parental como un factor de riesgo del consumo de cannabis en adolescente.

La metodología de la presente investigación es cualitativa, los métodos utilizados son estudio de caso y psicométrico, las técnicas empleadas son entrevista psicológica, historia clínica, observación clínica, inventario de depresión de Beck, escala de riesgo suicida Plutchik, test assist v3.0 y test HTP versión de Karen Rocher. También se realizó una exhaustiva investigación bibliográfica y la intervención psicológica del caso. La solución psicoterapéutica propuesta está basada en la terapia cognitiva conductual de Beck.

Cabe indicar que como resultado de la investigación se determinó que el paciente presenta trastorno depresivo persistente también conocido como Distimia y consumo de cannabis leve a raíz de la violencia parental vivenciada dentro del hogar. La conclusión confirma que la violencia parental tiene severa influencia y repercusión en el consumo de cannabis, además afecta el óptimo desarrollo del paciente a nivel social y académico.

Palabras claves: consumo de cannabis, violencia parental, Distimia, Terapia Cognitiva Conductual.

ABSTRACT

Cannabis use in adolescents arises regularly in today's society, this drug is considered the most consumed in the world. Adolescents are more vulnerable to ingestion than adults and the adverse effects are dependence, difficulties in psychosocial development, poor school performance, cognitive impairment and a tendency to develop depression and anxiety disorders, among others.

The objective of the research is to analyze the influence that parental violence has on the consumption of cannabis in a 19-year-old adolescent. It should be noted that there are relatively few studies that examine parental violence as a risk factor for cannabis use in adolescents. Note that parental violence ranges from lack of family support and supervision, verbal, physical and psychological abuse to lack of healthy family models.

The methodology of this research is qualitative, the methods used are case study and psychometric, the techniques used are psychological interview, clinical history, clinical observation, Beck depression inventory, Plutchik suicide risk scale, test assist v3.0 and test HTP version of Karen Rocher. An exhaustive bibliographical investigation and the psychological intervention of the case were also carried out. The proposed psychotherapeutic solution is based on Beck's cognitive behavioral therapy.

It should be noted that as a result of the investigation it was determined that the patient has persistent depressive disorder also known as Distima and cannabis use as a result of parental violence experienced within the home. The conclusion confirms that parental violence has a severe influence and repercussion on the consumption of cannabis, and affects the optimal development of the patient at a social and academic level.

Keywords: cannabis use, parental violence, Dysthymia, Cognitive Behavioral Therapy.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
Justificación	2
Objetivo	2
Sustentos Teóricos	3
1. Violencia Parental.....	3
2. Consumo de Cannabis	4
3. Terapia cognitiva conductual.....	8
4. Violencia parental y consumo de cannabis.....	9
Técnicas aplicadas para la recolección de la información.....	11
Resultados obtenidos	13
Situaciones detectadas	16
Soluciones planteadas	19
CONCLUSIONES.....	22
RECOMENDACIÓN.....	23
BIBLIOGRAFÍA.....	24
ANEXOS.....	27

INTRODUCCIÓN

La familia en la sociedad es considerada el pilar fundamental para el desarrollo personal del individuo, sin duda alguna el hogar representa aquel lugar donde niños y adolescentes aprenden de conducta, valores, roles sociales, entre otros, siendo la familia la base del desarrollo. Cuando existe violencia en el sistema familiar, hay repercusiones que afectan significativamente la vida adulta de los miembros. En algunos casos por esta razón la sociedad actualmente puede observar jóvenes en las calles, parques, callejones, esquinas de pueblos y ciudades consumiendo sin mostrar expresiones de vergüenza ante las personas que están alrededor. Esto es señal de la falta de medidas y acciones sobre el tema.

Si bien es cierto el consumo de drogas es una problemática latente que con el paso de los años aumenta, cada vez son más jóvenes los que están inmersos en el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, cannabis, anfetaminas, etcétera. Cabe mencionar por otra parte que los adolescentes están en etapa de crecimiento a nivel físico, social y psicológico, por lo tanto son susceptibles al consumo ante los problemas y abusos suscitados en el entorno.

Si bien es cierto existen múltiples factores asociados al consumo de cannabis y otras drogas, principalmente está la violencia. Por tal razón esta investigación está centrada en analizar y dilucidar la influencia que tiene la violencia parental en el consumo de cannabis de un adolescente de 19 años del cantón Ventanas, provincia de Los Ríos. La investigación es realizada porque abarca un tema que surge con regularidad, pero es poco investigado y por esta razón son pocos los estudios que existen respecto al tema.

Cabe resaltar que la realización del presente estudio de caso está basado en prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico que corresponde a la línea de investigación de la carrera de psicología clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo; y psicoterapias, individuales y grupales que corresponde a la sub-línea de investigación de la carrera.

Este estudio de caso es llevado a cabo con la finalidad de conocer de forma global la influencia que tiene la violencia parental en el consumo de cannabis de un adolescente y brindar una investigación que sirva de referencia en futuros estudios donde exploren esta temática. Para desarrollar la investigación concerniente al estudio de caso se empleó la metodología cualitativa, métodos y técnicas de investigación. La estructura del presente trabajo es: introducción, desarrollo, resultados obtenidos y conclusiones.

DESARROLLO

Justificación

El consumo de drogas en la actualidad es legal en el Ecuador, además ya es un hecho que es permitido en el país portar ciertas cantidades de sustancias para el consumo personal y esto afecta principalmente a los adolescentes, debido a que cuenta con mayor acceso a las drogas. Cabe mencionar que los jóvenes suelen enfrentar situaciones como la violencia parental, abandono familiar, falta de supervisión, entre otras problemáticas, las cuales inciden o contribuyen al consumo. Ante esta realidad el aporte que otorga esta investigación es un esquema psicoterapéutico enfocado en Terapia cognitiva conductual, el mismo que contiene un proceso estructurado de intervención para tratar pacientes que presentan consumo de cannabis a raíz de violencia parental. La investigación es importante porque brinda alternativas para tratar casos de víctimas de violencia parental.

El principal beneficiario del estudio es el paciente y miembros de la familia como la hermana quien llevó a consulta al paciente, la misma que no tenía tranquilidad al saber que el hermano consumía sustancias y se encontraba inestable a nivel emocional, social, escolar, etc. Los beneficios son que el paciente mejoró la sintomatología que presentaba y erradicó el consumo de cannabis, además el beneficio para demás investigadores es que cuentan con un trabajo que sirve de referencia para próximos estudios concernientes al tema o relacionadas al mismo.

Nótese que este estudio es trascendente porque da a conocer información de una problemática sobre la cual existen pocas investigaciones. Cabe resaltar que la investigación es viable porque contó con la aprobación de las autoridades de la clínica para llevar a cabo el estudio en base al caso presentado. Por último el trabajo es factible gracias a los recursos económicos, metodológicos y materiales con los cuales se contó para realizar de manera óptima el abordaje profesional e investigación del caso.

Objetivo

Analizar la influencia de la violencia parental en el consumo de cannabis de un adolescente de 19 años del cantón Ventanas, provincia de Los Ríos.

Sustentos Teóricos

1. Violencia Parental

1.1 Definiciones

Nazar et al. (2017) afirma que la violencia parental es el uso del poder y la fuerza física por parte de los padres en contra de los hijos, el resultado de los actos violentos que ejercen causan daño emocional, psicológico, físico e incluso en algunos casos conllevan a la muerte. Este tipo de violencia es ejercido regularmente por la figura de autoridad del hogar para imponer algo u dominar a los miembros del hogar que amenazan con desestabilizar la autoridad dentro del ambiente familiar.

En la opinión de Calvete et al. (2017) la violencia parental es el conglomerado de agresiones que los padres o tutores efectúan en los hijos. Las manifestaciones de la violencia son físicas, verbales, psicológicas y el objetivo del agresor es provocar dolor en una tercera persona, al infligir insultos, agravios, golpes, lesiones, manipulación, humillación, entre otros.

Desde la posición de Pereira (2017) es un conjunto de agresiones repetitivas infligidas por los progenitores, dichas agresiones comprenden a nivel verbal causar daño por medio de discursos o palabras hirientes en las que están presentes las amenazas e insultos. Por otra parte a nivel físico busca lastimar o lesionar a la víctima a través de golpes, lanzar objetos, empujar, entre otras formas de expresión de este tipo de violencia. También este autor destaca que un aspecto significativo en la violencia parental son las agresiones no verbales por medio de expresiones y gestos amenazadores que intimidan y afectan significativamente a los niños o adolescentes del círculo familiar.

A juicio de Mora (2015) la violencia parental es cualquier actitud que genera daño físico, emocional, psicológico, verbal en niños y adolescentes que forman parte del hogar, los mismos que tienden a presentar síntomas depresivos y ansiosos, como consecuencia de las humillaciones, descalificaciones, amenazas, denigración, intimidación y ridiculización que llevan a efectos los padres para controlar o ejercer la autoridad dentro del sistema familiar.

Berrospi et al. (2020) Sostiene que la violencia que efectúan los padres a los hijos en la mayor parte de los casos inicia por la incapacidad del adulto para responder a situaciones

leves o graves que impliquen la resolución de problemas en el hogar y en estos casos resulta más fácil descargar las emociones y anular a los más indefensos, en este casos los hijos.

No cabe duda que la violencia parental es un problema que ha existido desde tiempos remotos y está latente en la actualidad, cada vez son más los casos de jóvenes que presentan consecuencias psicológicas a raíz de esta problemática. Además para los sistemas de protección social, judicial y sanitaria, la violencia parental es un problema que se evidencia cada vez más.

1.2 Causas

Según la autora Silvia García (citado por Tinoco, 2018) las principales causas que propician la violencia parental son: presencia de desórdenes psicológicos emocionales o conductuales, falta de económica, desempleo, patrones culturales, baja condición social e historial de maltrato de los padres.

1.3 Consecuencias

En el abuso son diferentes las consecuencias que presenta la víctima, por ejemplo en el área psicosocial denota baja autoestima, cogniciones sociales alteradas, desmotivación, etc. Además tiene tendencia a presentar con mayor predominio los síntomas de ansiedad, depresión, trastornos de sueño y estrés postraumático, en segunda instancia dificultades de aprendizaje, déficit de atención, irritabilidad, problemas de conducta, entre otros. También vivencian pesadillas donde el contenido es violencia y cuando el niño o adolescente recuerda el episodio abusivo o violento los síntomas de angustia aumentan.

Cabe destacar que los jóvenes que han sido violentados desde la infancia son más propensos a ser violentos, es decir repiten patrones y en otros casos son inhibidos en el plano emocional, en ambos casos esto afecta significativamente el entorno donde se desenvuelve sea familiar, social, de pareja, académico, etc (Aduriz, 2012).

2. Consumo de Cannabis

2.1 Definiciones

León (2017) señala que el cannabis es una droga extraída del cannabis sativa, una planta de la cual se elaboran drogas ilegales conocidas y bastante consumidas. La sustancia psicoactiva obtenida de la planta también es conocida como marihuana y el uso prolongado

de esta droga ocasiona adicción. Esta hierba data de Asia y desde hace 5000 años diversas culturas la utilizan con fines alimenticios, religiosos y sobre todo medicinales.

Desde el punto de vista de Gloss (2015) el Cannabis es un término general designado para referirse a los diversos compuestos que son elaborados de los preparados psicoactivos de la planta denominada cannabis de donde surgen varias denominaciones como cannabis sativa, cannabis índica y de menor importancia cannabis ruderalis.

El consumo de cannabis es el uso reiterado de la sustancia psicotrópica que afectan el cerebro modificando el funcionamiento y la conducta humana, el consumo es por ingestión e inhalación, para esto la sustancia THCA de la planta debe ser calentada al momento de la preparación para el consumo (Rivera & Parra, 2016). Para Cubillos (2021) El consumo de cannabis es considerado algo inofensivo e incluso asocian el consumo con fines medicinales, pero lo cierto es que al igual que las demás drogas el uso prolongado provoca adicción, tiene graves riesgos y consecuencias para la salud tanto física como mental de quien la consume.

2.3 Factores de riesgo

Según Peñafiel (citado por Zamora, 2017) los principales factores de riesgo relacionados al consumo de cannabis en adolescentes están clasificados por área:

Individual

- ❖ Irresponsabilidad
- ❖ Actitud de evasión
- ❖ Actitudes antisociales
- ❖ Ausencia de límites
- ❖ Individualismo y ocio
- ❖ Tendencia a seleccionar respuestas de riesgo
- ❖ Baja autoestima
- ❖ Falta de autocontrol
- ❖ Preexistencia de uno o más trastornos de salud mental
- ❖ Exposición al consumo en edad temprana.
- ❖ Ausencia de actitudes propicias para enfrentar las dificultades del entorno.

Familiar

- ❖ Falta de afectividad y comunicación
- ❖ Falta de cohesión familiar

- ❖ Ausencia de figura de autoridad
- ❖ Sobreprotección
- ❖ Antecedentes de consumo y adicción de sustancias nocivas
- ❖ Violencia física, verbal y psicológica
- ❖ Abusos
- ❖ Formar parte de una familia monoparental

Escolares

- ❖ Problemas de adaptación
- ❖ Falta de integración con compañeros
- ❖ Experiencia de incompetencia
- ❖ Fracaso escolar

Grupo de iguales

- ❖ Presión por parte de los compañeros de grupo
- ❖ Inclusión en grupos que consumen drogas
- ❖ Amistades que consumen

Comunidad/ Sociales

- ❖ Fácil accesibilidad a la droga
- ❖ Bajo costo de la sustancia
- ❖ Situación económica inestable
- ❖ Ausencia de cohesión social
- ❖ Vivir en zonas de venta y consumo.

2.3 Prevalencia del consumo

Ecuador consta con una tabla de dosis permitidas para consumo de drogas, los consumidores de cannabis pueden traer consigo hasta máximo 10 gramos de la sustancia, debido a que es una droga denominada problema de salud pública en la Constitución Ecuatoriana. El cannabis es considerado la droga con más tasas de consumo en el mundo con un 3,8% de la población a nivel mundial en el último año. Desde aproximadamente la década de 1990 la prevalencia del consumo de esta sustancia se ha mantenido estable, sin embargo el porcentaje varía en cada país (Gobbi et al., 2019).

Montenegro (2016) menciona que un informe reciente sobre el consumo de cannabis en el Ecuador realizado por el CONSEP (Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas) confirmó que el cannabis es la sustancia más consumida en el país. El estudio acerca del uso de drogas en edades de 12 a 65 años, llevado a cabo por entrevistas a más de 10.000 personas que residen en zonas urbanas grandes. El resultado apunta que el 5% de las personas encuestadas reconocieron haber consumido marihuana alguna vez. Los altos índices de ingesta de esta sustancia son por el fácil acceso y bajo costo.

2.4 Formas de consumo

Lorenzo et al. (2009) plantea que el consumo de cannabis al igual que otras drogas, tiende a desarrollarse en distintos niveles como:

Experimental: el consumo es efectuado con fines exploratorios y sin intención de convertir el consumo en un hábito.

Ocasional: surge cuando ha pasado el nivel experimental. En este nivel el consumo es más frecuente y no hay conciencia de adicción, la mayor parte de consumidores que se encuentran en el nivel ocasional consideran tener el control y alegan consumir para disfrutar los efectos en las reuniones sociales, con amigos, en pareja, etc.

Habitual: es la etapa considerada como “pérdida de control”, puesto que el consumo es más frecuente y la dosis de consumo incrementa considerablemente. En esta etapa son notorios las consecuencias del consumo de cannabis a nivel físico, cognitivo, social, familiar, académico, etc.

Compulsivo: En esta etapa existe completa dependencia a la sustancia, el consumidor busca relaciones sociales directamente relacionadas con la obtención de la sustancia y son más notorias las repercusiones del consumo en el desenvolvimiento diario.

2.5 Efectos del consumo de cannabis

Efectos a corto plazo: El consumo de cannabis tiene efectos a corto plazo incluso después de haber consumido en pocas ocasiones entre 1 o 3 veces. Los efectos dependen de la dosis consumida, la actitud del consumidor, la forma de administración y el uso concurrente de la sustancia, también influye el estado de ánimo que presenta el individuo y el entorno social donde consume. El principal efecto del consumo de esta droga es la intoxicación que está caracterizada por la pérdida de conciencia, trastornos cognitivos,

afectivos y de la percepción. Además denotan alteraciones en las respuestas psicofisiológicas y el comportamiento (Brands et al., 1998).

Efectos a largo plazo: La aparición de los efectos del consumo de cannabis oscila entre varios años e incluso decenios y algunos de los efectos a nivel psíquico son la dependencia, depresión, deterioro cognitivo, psicosis, ansiedad, conductas autolíticas y suicidas, etc. En la salud física los efectos son enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades cardiovasculares, dificultades respiratorias y en casos graves cáncer respiratorio.

2.6 Consecuencias del consumo

El plan nacional de drogas (citado por Zamora, 2017) postula en la guía sobre las drogas que el consumo de cannabis es común y frecuente en los adolescentes. Actualmente representa una problemática compleja debido a las consecuencias psicológicas que produce en los jóvenes consumidores, como son: alteraciones en el coeficiente intelectual, trastornos de memoria, trastornos de atención, alteraciones en la sensopercepción, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y deterioro de la coordinación motriz

3. Terapia cognitiva conductual

Lorenzo et al. (2021) define la terapia cognitiva conductual como una intervención para el tratamiento psicológico de diversos trastornos mentales, entre los cuales destaca la depresión y ansiedad. Es un modelo terapéutico diseñado por el psiquiatra Aaron T. Beck, centrado en identificar los pensamientos y creencias que conllevan al paciente a presentar síntomas de ciertos trastornos. La TCC ayuda al desarrollo del pensamiento racional y lógico en respuesta a determinadas situaciones. Además es una terapia que debe fortalecerse constantemente de técnicas para contribuir en la reducción del número de abandonos del tratamiento y aumentar las cifras de pacientes que son beneficiados con la TCC.

Como afirman Zarragoitia & De la Osa (2015) La TCC o terapia cognitiva conductual es un método de intervención clínica que es muy utilizado para el tratamiento de varias psicopatologías y permite obtener grandes resultados en poco tiempo. Está enfocada en trabajar de forma directa sobre los pensamientos que aquejan a los pacientes, también en las emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales que parten de los pensamientos que presenta el paciente. La TCC ha mostrado óptimos resultados en el

tratamiento de pacientes con diagnóstico de depresión leve y moderada, además ha contribuido exponencialmente en disminuir la mortalidad y conductas autolíticas asociadas a la problemática.

Desde la posición de Ferreira (2014) la Terapia Cognitivo Conductual es un tipo de psicoterapia centrada en analizar y estructurar las demandas psicológicas de los pacientes, asimismo busca orientar al individuo a la resolución de problemas y modificación principalmente de pensamientos, luego sentimientos y posteriormente el comportamiento. De acuerdo a una investigación en el tema revela que esta terapia ayuda de manera eficaz en el tratamiento de trastornos emocionales.

Por su parte Lóss (2018) plantea que la TCC comprende una estrategia de intervención psicológica a corto plazo orientada a trabajar en procesos automáticos básicos como creencias y esquemas. Nótese que está basada de manera primordial en la evidencia. En otras palabras la TCC ayuda al individuo a transformar la manera cómo piensa (área cognitiva) y la forma como actúa (área conductual), cambios en estas dos estructuras permiten al paciente responder de forma más adaptativa ante situaciones complejas y disminuir los síntomas de diferentes psicopatologías que afectan la calidad de vida.

4. Violencia parental y consumo de cannabis

La familia es el principal pilar en la vida del individuo de acuerdo a la sociedad, es el lugar donde el ser humano encuentra apoyo y afecto para hacer frente ante cualquier adversidad, además es donde se obtiene soporte afectivo para desarrollar las capacidades necesarias de forma plena. Y cuando en este sistema existe violencia infligida por padres o tutores de menores el desarrollo de las capacidades y crecimiento personal del sujeto se ve afectada de forma directa, ya que la violencia parental es un fenómeno complejo que produce muchas consecuencias en la salud y el entorno de los niños y adolescentes.

Es gracias a patrones culturales que los padres que se consideran propietarios de los hijos, lo que según la percepción de estos le otorga derechos para actuar infligiendo castigos con finalidad disciplinaria, en toda ocasión que amerite, además la violencia de los padres es considerado un asunto privado que limita la intervención de personas externas a la familia. Estas circunstancias que generan agobio, estrés, temor, ansiedad, tristeza, entre otros, tienen repercusiones en la salud mental, física, social, etcétera (Rial et al., 2019).

Por ejemplo, según estudios en la actualidad el problema social de las familias es el consumo de cannabis y otras drogas por parte de los hijos de padres violentos. El cannabis es la droga más consumida a nivel mundial y la población que lo consume con mayor frecuencia son los adolescentes, en base a un estudio se sabe que alrededor del 23% de personas han reconocido que durante su vida fueron víctimas de maltrato físico en la niñez y adolescencia (Rial et al., 2019).

De acuerdo a Lynskey y Hall (2000) existe correlación según estudios entre el consumo de drogas por los adolescentes y características de la familia como conflictos, discusiones, padres separados, ausencia de apoyo, familia monoparental, permisividad, nivel social bajo, abuso físico, verbal y psicológico.

El consumo de cannabis ha sido asociado con causas como negligencia, violencia, abandono parental, entre otros. Y las consecuencias son diversas desde depresión, trastornos de la conducta, ansiedad, alucinaciones, pensamiento desorganizado hasta deterioro académico y social, estas las consecuencias más predominantes en el consumo de esta sustancia en adolescentes. El problema asociado al consumo de cannabis es el síndrome amotivacional, que comprende un cuadro de síntomas como falta de interés, pérdida de motivación, apatía e indiferencia. Los jóvenes que consumen cannabis a partir de edad temprana, presentan mayor riesgo de tener actitudes negativas como menor interés y satisfacción en los estudios, que desencadenan bajo rendimiento y abandono de los estudios de forma prematura (Mendoza y Vargas, 2017).

Los efectos que tiene la violencia observada y vivida dentro del hogar son severas, van desde efectos físicos, psicológicos, emocionales, psicosociales que son a corto, mediano y largo plazo dependiente de las víctimas. La exposición a la violencia en niños y adolescentes afecta la capacidad emocional, cognitiva y conductual, tiende a predisponer comportamientos antisociales y problemas de riesgo a nivel conductual, esto indica que las víctimas de violencia parental y otras formas de violencia, se ven afectados en diferentes dimensiones de la vida como pocas habilidades sociales, bajo rendimiento escolar, ausencia de vínculos afectivos sanos, conducta sexual promiscua e irresponsable, uso y abuso de sustancias y mayor predisposición a presentar trastornos mentales (Cuartas et al., 2019).

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

En la realización de este estudio de caso y con la finalidad de obtener resultados que cumplan con el objetivo planteado, se implementó la metodología de investigación cualitativa y los siguientes métodos de investigación:

El método estudio de caso es un estudio detallado acerca de un tema concreto, que sirve para describir, comparar, comprender y evaluar diversos aspectos con respecto al objetivo de la investigación. Este método fue aplicado ya que el estudio se centra en el análisis de un caso específico, donde la finalidad es conocer de qué forma funcionan las diferentes partes del caso, todo esto por medio de la recopilación minuciosa de información sobre el sujeto de estudio por un determinado tiempo. Por otra parte se utilizó el método psicométrico que engloba un conjunto de procesos que conducen a la valoración objetiva de los fenómenos psicológicos. En esta investigación se empleó con el objetivo de tener un aporte que brinde mayor veracidad al diagnóstico del caso. De igual manera se utilizaron diversas técnicas que presento a continuación:

Entrevista psicológica

La técnica de entrevista psicológica consiste en el encuentro entre el paciente y el profesional donde se busca definir la problemática que presenta y establecer causas/consecuencias de la sintomatología y comportamiento del sujeto. Siendo la entrevista psicológica fundamental en la evaluación a nivel mental. Esta técnica se implementó en cada sesión con el paciente, puesto que incluye los puntos concretos a tratar en atención al paciente, asimismo consta de una estructura con esquema de preguntas, utilización de instrumentos e inserción de dinámicas propias del abordaje psicológico.

Historia clínica

La historia clínica es un conjunto de documentos donde se recopila información del paciente, la misma que sirve para brindar el diagnóstico y se basa en la situación actual que lleva a consulta el sujeto y los antecedentes. Se usó con la finalidad de obtener información propicia para el diagnóstico, en este documento reposa la información del motivo de consulta, historia del cuadro psicopatológico actual, antecedentes familiares, historia personal, exploración del estado mental, pruebas psicológicas aplicadas, cuadro psicopatológico, el respectivo diagnóstico, pronóstico, recomendaciones y esquema psicoterapéutico. (Ver anexo B)

Observación clínica

Es una técnica de exploración psicológica que se encuentra presente durante todo el proceso de evaluación e intervención terapéutica, donde el psicólogo por medio de la observación examina aspectos que no se pueden identificar en el discurso del paciente. Por tal razón se usó esta técnica en el transcurso de las sesiones con el paciente. (Ver anexo C)

Inventario de depresión de Beck

Es un instrumento comúnmente utilizado para detectar y medir la severidad de la depresión tanto en adolescentes como adultos. Es considerado como un autoinforme de uso clínico, creado por el psiquiatra Aaron Beck. El cuestionario de este inventario cuenta con 21 ítems en escala de Likert, donde constan indicativos de síntomas de la depresión. Los puntos de corte del inventario van desde 1-10 los altibajos son considerados dentro de la normalidad hasta más de 40 depresión extrema. Este test se aplicó para evaluar la gravedad de los síntomas que presenta el paciente. (Ver anexo D)

Escala de riesgo suicida Plutchik

Es una escala de aplicación autoadministrada que consta de 26 ítems originalmente y busca evaluar los intentos autolíticos, el actual grado de ideación suicida, los sentimientos de desesperanzas, depresión y diversos aspectos que están directamente relacionados con la tentativa de suicidio. En este caso se utilizó una adaptación de la escala que consta de 15 ítems y los puntos para la interpretación de la escala son: riesgo leve de 0 a 4 puntos, riesgo moderado de 5 a 10 puntos y alto riesgo suicida de 11 a 15 puntos. Se aplicó para determinar el nivel de riesgo suicida en el paciente. (Ver anexo E)

Test assist v3.0

Es un test diseñado en el año 2011 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por medio de esta prueba se detecta el consumo de tabaco, alcohol y sustancias. El cuestionario consta de 8 preguntas y está diseñado para ser empleado en niveles de atención primaria en salud. Los valores de la escala de interpretación que permiten definir el grado del consumo de las sustancias son: consumo bajo de 0-3, consumo moderado de 4-26, consumo alto de 27 en adelante. Se implementó este test para identificar sustancia, frecuencia del consumo y los problemas vinculados a la ingesta. (Ver anexo F)

Test HTP (house, tree, person) de la versión de Karen Rocher

Es un test proyectivo basado en la técnica del dibujo que permite identificar distintos aspectos de la personalidad de individuos sanos y con psicopatologías, además refleja cómo es actualmente y cómo le gustaría ser. La casa representa las relaciones interpersonales, la percepción que tiene de la situación familiar y hogareña y la imagen de sí mismo. El árbol refleja el desarrollo psicológico del sujeto, en resumen representa lo profundo e inconsciente de la personalidad. El dibujo de la figura humana identifica aspectos del autoconcepto, identificación con alguien importante o significativo en la vida del ser humano y el ideal del yo. (Ver anexo G)

Resultados obtenidos

Paciente adolescente de 19 años, estudiante del último año de bachillerato, soltero, ecuatoriano y oriundo del cantón Ventanas, provincia de Los Ríos, quien acude en compañía de su hermana a consulta psicológica. La preocupación de la hermana radica en el consumo de sustancias del hijo. El paciente actualmente vive con su madre y dos hermanas. Sus padres se separaron hace aproximadamente 2 años y a raíz de esto su salud mental empieza a verse afectada. Para el abordaje del caso se llevaron a cabo 4 sesiones diagnósticas con tiempo de duración de 40 minutos, todas de forma presencial, en las mismas que se estableció el rapport, realizó feedbacks y también se dio devolución al paciente. A continuación les detallo el desarrollo de las sesiones:

Sesión #1

16/12/2021 - 11:00 am – 11:50 am

En esta sesión se llevó a cabo la presentación y socialización. Durante el desarrollo de la entrevista el principal objetivo fue establecer rapport con el paciente lo cual facilita en esta y posteriores sesiones la comunicación y predisposición del mismo. Una vez que se establece el rapport se favorece la recolección de información necesaria para realizar el diagnóstico de la problemática que lo aqueja. Con respecto al motivo de consulta: El paciente de 19 años asiste a consulta psicológica en compañía de su hermana, quien refiere lo siguiente: *“mi hermano quiere dejar de estudiar, pasa encerrado en el cuarto. Doctora créame que yo tengo miedo que mi hermano esté consumiendo drogas peligrosas, porque hace 1 año, le descubrí unos paquetes de marihuana, hable con mis padres y lo castigaron, quise llevarlo al psicólogo y no quiso, ahora estamos aquí porque va a perder el año, estando a punto de graduarse, yo siento que desde que mis padres se separaron, él ha*

cambiado mucho, lo veo distraído, pesimista, sin energía y apartado” (hermana del paciente).

Una vez en consulta solo con el adolescente, esté manifiesta *“Estoy aquí porque me dijeron que debía venir, mi hermana me cuida mucho y está preocupada porque no quiero estudiar y casi no salgo a ningún lado, no tengo amigos y dice que solo me la paso en el celular, pero no se da cuenta que prefiero eso, antes que ver como mi madre se la vive peleando con mi hermana mayor, como me insulta por cualquier cosa y grita a diario en casa, he incluso nos golpea, esto pasa desde que somos pequeños pero aumentó cuando se separó de mi papá hace casi 2 años porque él engañó a mi madre siéndole fue infiel, ya no hay paz en mi hogar y me pone triste ver como se pelean por eso he pensado en irme lejos, ya no soporto convivir con mi familia”*(Paciente C).

Asimismo menciona que lleva años presentando síntomas de depresión y tiene conciencia de enfermedad, recalca que a raíz de la separación de sus padres todo empeoró y ante tal situación empezó a buscar formas de sentirse mejor. Finalmente argumentó: *“prefiero no salir de su cuarto, incluso cuando salgo a la puerta con la intención de irme a comprar o dar una vuelta por mi casa, siento que no vale la pena y me regreso de la puerta, prefiero pasar mi tiempo jugando en línea”* (paciente C). Considera que la preocupación de su madre es exagerada y carente de realidad, sin embargo considera que necesita ayuda y está dispuesto a colaborar.

En el desarrollo de la sesión se favoreció el discurso libre, con pocas preguntas cerradas, sin embargo se trabajó en mantener el curso de la entrevista, para evitar desviarnos de la problemática que trae el paciente a consulta. Para finalizar se realizó resumen al paciente para corroborar la información expuesta, asimismo se socializa el contrato y se hizo el cierre.

Sesión #2

22/12/2021 - 11:00 am – 11:50 am

Para iniciar la segunda sesión se brindó feedback al paciente de la sesión anterior, el paciente llegó a la consulta con un moretón de tonalidad oscura y al respecto mencionó *“mi mamá me golpeó con una cuchara por no apagar la hornilla de la cocina”* (paciente C). En relación a esto no dio más detalles, por lo tanto se continuó con la recolección de información concerniente a la historia del cuadro psicopatológico actual, obteniendo los siguientes datos: Ante la separación de sus padres y los problemas en su hogar, él paciente refirió *“antes que*

mis padres se separen en mi casa se vivía un ambiente tenso, de discusiones constantes, mi padre llegaba tomado 3 días a la semana, empecé a tener síntomas depresivos, he investigado mucho en internet por eso le digo que es depresión, además la psicóloga del colegio me dijo que tenía esto. Llegue a pensar que su separación me haría sentir más tranquilo, pero no fue así e incluso le comente a un amigo y él me regalo un cigarrillo de marihuana, con esto me sentí mejor, mi apetito volvía cada vez que consumía, recurrí a pedirle que me ayude a comprar y me lo iba a dejar a la casa” (paciente C).

Con respecto al tiempo y síntomas del consumo menciona *“la primera vez que consumí fue hace 1 año y medio, lo hice en varias ocasiones después. Desde que llegué a sentir la necesidad de consumir y le cogía dinero a escondidas a mi madre para comprar, me di cuenta que estaba cogiendo vicio y solo intente disminuir mi consumo, aunque tengo abandonado mis estudios no es porque esté consumiendo como piensa mi hermana, yo no tengo ganas de nada, estoy cansado de vivir en mi casa, bajo los gritos, insultos y maltratos de mi madre, ella cree que porque mi papá no está yo estoy así y no se da cuenta que vivir con nuestra madre es difícil, creo que es normal para mi madre los malos tratos, porque sus padres eran violentos” (paciente C).* Asimismo se logró llenar los datos de la historia clínica con respecto a la topología habitacional e historia personal completa.

Sesión #3

28/12/2021 - 11:00 am – 11:50 am

En esta sesión se continuó con la exploración del estado mental, identificando que presenta anhedonia, puesto que no disfruta las actividades que antes eran placenteras para su vida, además se ha distanciado de sus amistades, no mantienen contacto con nadie a nivel social. Además presenta indiferencia afectiva y conciencia de enfermedad. Con el empleo adecuado de las medidas de bioseguridad en la sesión procedí aplicar las siguientes pruebas psicométricas: inventario de depresión de Beck y Test Assist V3.0. Los resultados obtenidos permiten sustentar y comprobar el diagnóstico.

Sesión #4

03/01/2022 - 11:00 am – 11:50 am

Se realizó feedback de los puntos tratados e información recogida en la sesión anterior y se procedió con la aplicación de escala de riesgo suicida Plutchik, con la finalidad de medir la existencia de riesgo suicida. Luego se efectuó la devolución del diagnóstico y se

brindó psicoeducación de la psicopatología que presenta. Por último socialice el plan terapéutico para el tratamiento.

Situaciones detectadas

La psicopatología que presenta el paciente tiene un tiempo de evolución de 1 año y 11 meses aproximadamente, siendo el principal factor desencadenante de la sintomatología la violencia parental que se suscita en el hogar. Nótese que la situación de la pandemia también contribuye de forma negativa en la salud mental. El sujeto se muestra preocupado, triste y cabizbajo, actualmente prefiere aislarse de todos, no salir, platicar, socializar, ni reunirse con amigos, vecinos y familiares.

A través de la entrevista psicológica se detectó en el caso los siguientes factores predisponentes: la pandemia Covid-19, discusiones entre los padres, bullying y violencia parental. También están los factores precipitantes: separación de los padres, los golpes, gritos e insultos propiciados por uno de los padres. El tipo de familia monoparental, los integrantes son la madre, dos hermanas y el paciente. En la familia no existen antecedentes psicopatológicos. La información registrada en la historia clínica permitió identificar con respecto a afectividad que presenta anhedonia e inexpresividad afectiva. Por otra parte consume alcohol en pocas ocasiones y la única droga psicotrópica que ha consumido es marihuana, la primera vez que lo hizo fue hace aproximadamente 1 año y medio, la frecuencia del consumo fue por tres o cuatro ocasiones al día, pero tiene 4 meses que no ha consumido.

Presenta pérdida de apetito, solo ingiere comida dos veces al día y en pequeñas porciones. Además el paciente desde alrededor de 3 meses tiene problemas más intensos para conciliar el sueño. En cuanto a hechos psicotraumáticos e ideas suicidas, según el relato del paciente hace aproximadamente 3 meses presenta ideas suicidas, dichas ideas se dieron en alrededor de 5 ocasiones, pero no se efectuaron intentos y no ha tenido conductas autolíticas.

Por medio de la observación clínica se detectó que el paciente presenta contextura corporal endomorfo, mestizo, de 1.70 metros de estatura aproximadamente, acude a consulta con vestimenta un poco descuidado, sin embargo esta acorde al tiempo, el aspecto personal denota tristeza y desmotivación.

La actitud del paciente al inicio fue evasiva, sin embargo en posteriores siguientes

sesiones se mostró comunicativo, lo que permitió obtener información importante en relación a la problemática que trae a consulta. No presenta alteraciones en el lenguaje. Presentó hiperprosexia, debido a que su atención fluctúa constantemente en ocasiones la atención se focaliza en objetos del consultorio y duraba alrededor de 6 segundos.

Se aplicaron tres baterías psicométricas en el caso y los resultados son los siguientes: El Inventario de depresión de Beck, arrojó una puntuación de 27 que indica *depresión moderada*. La escala de riesgo suicida Plutchik arrojó una puntuación de 3 que refleja *riesgo leve de suicidio*. El Test assist v3.0 dio como resultado de consumo en el ítem C (Cannabis), con 15 puntos que equivale a riesgo moderado.

En el test HTP (house, tree, person) de la versión de Karen Rocher donde se obtuvo los siguientes resultados: Se puede manifestar que los tres dibujos se encuentran en distinta ubicación, pero sobresale la inferior izquierda lo cual refleja que es una persona con bajos niveles de energía, inseguro, desconfiado, esto apunta directamente a signos de algún estado depresivo a raíz de sucesos que ha vivido en su infancia y se encuentran fijados en su psiquis. Por otra parte el tamaño de los dibujos fue muy pequeño lo que revela sentimiento de inferioridad, temor, inseguridad, fuerte tendencia depresiva, dificultad establecer relaciones con los demás, tendencia a aislarse y baja autoestima. El trazo es reforzado lo que significa de acuerdo al test ansiedad e inseguridad. De acuerdo al color marrón que utilizó el adolescente refleja que buscar tener bienestar familiar y social, además empleo el color negro que indica necesidad de refugiarse en sí mismo y aislarse.

El paciente es un joven sin aspiraciones, con inseguridades y tendencia depresiva, suele frenarse ante los retos de la vida debido a que no reconoce las potencialidades que posee. Cabe mencionar que una característica fundamental es que piensa antes de actuar, por ende mientras más piensa en lo que va hacer, las inseguridades crecen y eso es lo que dificulta que se desenvuelva y desarrolle plenamente en su vida. La continua preocupación lleva a que sea una persona desconfiada, tiene dificultad para establecer relación con los demás y por esta razón su círculo social es muy pequeño, debido a que no se adapta con facilidad a la sociedad. Esta inseguridad como refleja en el dibujo de la persona surge ante debido la falta de la figura paterna, alguien que represente este rol que le brinde soporte, equilibrio o estabilidad para desenvolverse. Además denota no estar cómodo en el hogar y con los miembros de la familia.

Además el paciente refleja rasgos estados depresivos a raíz de sucesos o acontecimientos del pasado que se han fijado fuertemente en la psiquis. Los dibujos presentan ausencia de detalles lo que indica sentimiento de vacío interior y deseo de ocultar determinadas cuestiones del entorno que son los desencadenantes de cada uno de los rasgos que presenta. Los mecanismos de defensa que predominan son el aislamiento y la inhibición. A continuación detallo por áreas los signos y síntomas del paciente:

Tabla 1

Matriz del cuadro psicopatológico

Cognitivo	Falta de concentración
Afectivo	Desmotivación Anhedonia Desesperanza Baja autoestima
Pensamiento	Ideas suicidas
Conducta social-escolar	Aislamiento. Consumo de sustancia psicoactiva (marihuana)
Somático	Falta de apetito Pérdida de peso Insomnio Fatiga Falta de energía

Nota. Sintomatología del paciente. Realizado por: Melina Carriel.

El tiempo de evolución y síntomas que presenta el paciente cumplen según el DSM-5 con los criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) con código 300.4, el mismo que se presenta con inicio temprano y gravedad actual (Moderada). En el CIE-10 se encuentra como Distimia con código F34.1. Además cumple con 305.20 (F12.10) que corresponde al Trastorno por consumo de cannabis leve.

Soluciones planteadas

De acuerdo a los resultados e información recolectada en las sesiones con el paciente del presente estudio de caso, se propone la intervención psicológica basada en Terapia cognitiva conductual o también conocida como TCC desarrollada por el psiquiatra Aaron T. Beck. La finalidad del abordaje psicoterapéutico es reducir la sintomatología que presenta el paciente, mejorar el estado emocional y por ende la calidad de vida. En el siguiente apartado presento el esquema psicoterapéutico del caso:

Tabla 2

Esquema psicoterapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Distimia con tiempo de evolución de 1 año 11 meses	Explicar y brindar información al paciente con respecto a su padecimiento.	Psicoeducación	1	03/01/2022	El paciente aprendió diferentes aspectos con respecto a su padecimiento .
Tristeza, desesperanza, desmotivación, dificultad para conciliar el sueño (insomnio) fatiga y falta de energía.	Que el paciente aprenda a reconocer cómo los pensamientos influyen en los sentimientos que experimenta frente a diversas situaciones de su vida diaria.	Explicar cómo los pensamientos crean los sentimientos	2	03/01/2022 10/01/2022	A través de esta técnica se observó que el paciente reconoció como muchos de sus pensamientos son los que provocan su malestar emocional.
	Aprender a identificar el costo-	-Análisis costo-beneficio	2	10/01/2022 17/01/2022	El paciente logró identificar

	beneficio de los pensamientos negativos y empezar a cuestionar dichos pensamientos.				cual es el costo de los pensamientos negativos en su vida.
Aislamiento, anhedonia y desconexión del mundo exterior (paso todo el tiempo encerrado en el cuarto y no sale de casa)	Realice diferentes actividades a las que actualmente mantiene, para mejorar su estado de ánimo y entablar relaciones sociales.	Programación de actividades	1	25/01/2022	Mejoró su estado de ánimo y retomó la comunicación con sus amigos del colegio.
	Identificar cómo se siente emocionalmente el paciente al realizar las actividades establecidas para la semana.	Dominio agrado	y 1	31/01/2022	El paciente reconoció que actividades que realizaba no ayudaban en su estado de ánimo y las sustituyó por otras actividades.
Consumo de Cannabis	Modificar su comportamiento en relación al consumo de sustancias.	Orientación Conductual	2	07/02/2022 14/02/2022	Se logró que el paciente comprenda en qué medida afecta de forma negativa el consumo de sustancias en todos los ámbitos de la

					vida.
Lograr que el paciente elimine la tensión en su cuerpo y mente cuando sienta la necesidad de consumir	Relajación autógena de Schultz.	2	21/02/2022		Disminuyeron los impulsos de consumir que presenta el paciente.

Nota. Técnicas cognitivas conductuales de intervención terapéutica empleadas en el caso. Realizado por: Melina Carriel.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se concluye que la violencia parental influye directamente en el consumo de cannabis del paciente adolescente de 19 años que reside en el cantón Ventanas. El paciente después de la separación de los padres ha vivenciado con mayor frecuencia insultos, gritos y golpes por parte de la madre y a raíz de esta situación empezó a presentar los síntomas con mayor intensidad y frecuencia, produciendo malestar significativo en el adolescente, tal situación lo conllevó al consumo en un intento por buscar sentirse mejor anímicamente.

Nótese que en los resultados obtenidos del paciente se identifican factores predisponentes involucrados en el desarrollo de la sintomatología del trastorno depresivo persistente que padece el adolescente, las cuales son las reiteradas discusiones y peleas que ha observado en el entorno familiar, bullying en el colegio, el aislamiento social que produjo la pandemia Covid-19 y la separación de los padres.

En el hogar donde habita el paciente no existe afectividad y relaciones saludables sin embargo hay violencia parental lo que produce respuestas desadaptativas al entorno, que repercuten de manera considerable en el interés y motivación del adolescente, por este motivo el rendimiento académico se ha visto afectado y existe interés por abandonar los estudios. Esto refleja que la violencia propiciada a los hijos influye en el desarrollo y consumo de sustancias ilícitas en edades tempranas.

En el tratamiento se trabajó con los hallazgos más predominantes en el paciente y además con aquellos que refirió, porque es importante tener en cuenta la opinión del paciente para la intervención. Por medio de las técnicas de terapia cognitiva conductual se consiguió mejorar y disminuir por completo ciertos síntomas del paciente.

Además el paciente de forma voluntaria al llegar a la consulta ya presentaba disminución del consumo y con la intervención se logró erradicar. El abordaje profesional se basó en el cuadro sindrómico completado con la información recolectada en las diferentes sesiones que se desarrollaron con el paciente, pero hay que tener presente las causas de los síntomas.

Es indudable que los padres tienen el rol principal de educadores, guías y apoyo en el desarrollo, futuro, salud física y mental de los adolescentes. Esto se comprobó con la investigación realizada de otros estudios relacionados a este caso. Demostrando así que existe congruencia entre las variables planteadas y los resultados obtenidos.

Una congruencia notoria en las investigaciones encontradas es que en los adolescentes el principal consumo mayormente reflejado es el cannabis en comparación con otras sustancias psicoactivas. No hay diferencias encontradas, pero se puede destacar que según varias fuentes los adolescentes se inician en el consumo de alcohol y tabaco, previo al consumo de cannabis.

Los riesgos que asumen las jóvenes víctimas de violencia parental son conductas rebeldes, aislamiento, abandono escolar, consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas. En el estudio se dio cumplimiento al objetivo establecido. Cabe destacar que el consumo de cannabis tiene amplias consecuencias en la salud física y psicológica del consumidor.

Existe una urgente necesidad de explorar el tema de la influencia que tiene la violencia parental en el consumo de cannabis, para ofrecer distintos programas para educar a padres y adolescente, fomentar el desarrollo de habilidades que permitan a las personas a resistir ante la presión social y problemas del entorno. Sin embargo, el estudio de caso efectuado aporta con un esquema de intervención psicoterapéutica que sirve de referencia en el tratamiento de estos casos en próximas investigaciones. También aporta con técnicas de investigación y baterías psicométricas.

RECOMENDACIÓN

En este caso no hubo ausencia por parte de los padres por esto recomiendo a próximos profesionales que trabajen de forma individual también con los padres, debido a que en estos casos es importante intervenir con los padres. Posterior a la intervención individual con los miembros de la familia, brinde terapia familiar. También como recomendación es importante realizar intervención en prevención de recaídas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aduriz, S. (2012). La violencia del padre y su repercusión en el hijo adolescente. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41- 47. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjkr9Kvh572AhWjRTABHdUpBV4QFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.sepypna.com%2Fdocumentos%2Farticulos%2Faduriz-ugarte-violencia-padre-repercusion.pdf&usg=AOvVaw3g_YfEQfeE2z
- Berrosapi, Y., Osorio , V., & Ricaldi , A. (2020). Violencia intrafamiliar: padres que maltratan a sus hijos. [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Huancayo. Obtenido de <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/9601>
- Brands , B., Sproule , B., & Marshman , J. (1998). *Drugs & drug abuse, tercera edición*. Toronto: Addiction Research.
- Calvete, E., Orue, I., & González, J. (2017). Violencia filio parental: comparando lo que informan los adolescentes y sus progenitores. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 9-15.
- Cuartas, J., Charles, D., Rey, C., Rebello, P., Beatriz, E., & Salhi , C. (2019). “Early childhood exposure to non-violent discipline and physical and psychological aggression in low- and middle-income countries: national, regional, and global prevalence estimates”. *Child Abuse & Neglect*, 92, 93-105. doi:10.1016/j.chiabu.2019.03.021
- Cubillos, P. (2021). Panorama del cannabis con fines médicos y científicos en Colombia. *Revista colombiana de anestesiología*, 49(2). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472021000200600&script=sci_arttext&tlng=es
- Ferreira, P. (2021). La terapia cognitivo-conductual y su relevancia en el proceso terapéutico. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.*, 1, 86-97. Obtenido de <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia-es/la-terapia-cognitivo>
- Gloss, D. (2015). An Overview of Products and Bias in Research. *Neurotherapeutics*, 12(4), 731–734. doi:10.1007/s13311-015-0370-x

- Gobbi, G., Atkin, T., & Zytynski, T. (2019). Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 426-434. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4500
- León , J. (2017). El aceite de Cannabis. *Revista de la Sociedad Química del Perú*, 83(3), 261-263. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1810-634X2017000300001
- Lorenzo , P., Ladero, J., Leza, J., & Lizasoain , I. (2009). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana.
- Lorenzo, J., Díaz, H., Carrete, Z., Hernández, O., & Barrios, R. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(6). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600013#B8
- Lóss, J. (2018). Terapia Cognitiva Comportamental Frente a Teoría de Aaron Beck no Tratamiento do Transtorno Depressivo. *Revista Transformar Itaperuna*, 12(2), 185-197.
- Lynskey, M., & Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95(11), 1621-1630. Obtenido de <http://ukcia.org/research/AdolescentCannabisUseEducationalAttainment.pdf>
- Mendoza , Y., & Vargas , K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1).
- Montenegro , S. (2016). El consumo de marihuana y su relación con otras drogas. Caso Ecuador 2013. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Quito.
- Mora , C. (2015). Prevalencia del bullying en el Colegio Paulo VI y su relación con las familias disfuncionales. [Tesis de Pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Quito. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja>

&uact=8&ved=2ahUKEwiG8ser7p32AhXYSzABHUAkAToQFnoECD8QAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.dspace.uce.edu.ec%2Fbitstream%2F25000%2F7649%2F1%2FT-UCE-0007-277c.pdf&usg=AOvVaw0eYziAFI2wDheDQozauKY3

- Nazar, A., Salvatierra, B., Salazar, S., & Solís, R. (2018). Violencia física contra adolescentes y estructura familiar: magnitudes, expresiones y desigualdades. *Estudios demográficos y urbanos*, 33(2).
- Pereira, R. (2017). Violencia filio-parental: factores que favorecen su aparición. *Revista Construção Psicopedagógica*, 25(26), 5-16. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542017000100002
- Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J., & Golpe, S. (2019). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31(1), 64-77.
- Rivera, V., & Parra, M. (2016). Cannabis: efectos en el sistema nervioso central. Consecuencias terapéuticas, sociales y legales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(5), 626-634.
- Tinoco, R. (2018). El maltrato infantil en los estudiantes del primer grado de educación secundaria de la II. EE. "María Auxiliadora" de Carhuaz, 2017. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI]. Trujillo, Perú.
- Zamora, B. (2017). FACTORES DE RIESGO RELACIONALES DEL CONSUMO DE Cannabis en el alumnado de enseñanza secundaria obligatoria del I.E.S Cruz Santa. [Tesis de pregrado, Universidad de la Laguna]. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwij0JfMoKD2AhWkSTABHXuzDRgQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Friull.ull.es%2Fxmlui%2Fhandle%2F915%2F3812&usg=AOvVaw3xA3b--PYTDa3RpD_wZpT1
- Zarragoitia, I., & De la Osa, M. (2015). La psicoterapia cognitivo-conductual en la depresión y su uso en el protocolo asistencial. Análisis crítico. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12(2). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64391>

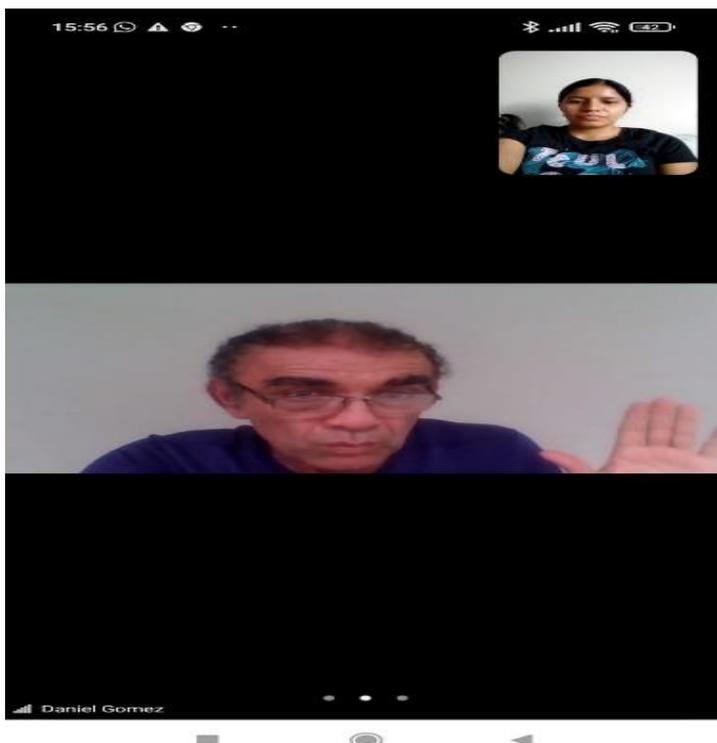
ANEXOS

Anexo A

Entrevista con el paciente



Reunión de asesoría con el tutor del estudio de caso Abg. Daniel Gómez



Anexo B

Formato de historia clínica

HISTORIA CLÍNICA	
1. Datos de identificación	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> a. Genograma (Composición y dinámica familiar). b. Tipo de familia. c. Antecedentes psicopatológicos familiares.
5. Topología habitacional	
6. Historial personal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anamnesis ○ Escolaridad ○ Historia laboral ○ Adaptación social ○ Uso del tiempo libre ○ Afectividad y psicosexualidad ○ Hábitos ○ Alimentación y sueño ○ Historia médica ○ Historia legal ○ Proyecto de vida
7. Exploración del estado mental	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fenomenología ○ Orientación ○ Atención ○ Memoria ○ Inteligencia ○ Pensamiento ○ Lenguaje

- Psicomotricidad
- Sensopercepción
- Afectividad
- Juicio de realidad
- Conciencia de enfermedad
- Hechos psicotraumáticos e ideas suicidas

8. Pruebas psicológicas aplicadas

9. Matriz del cuadro psicopatológico

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

- Factores predisponentes
- Evento precipitante
- Tiempo de evolución

10. Diagnostico estructural

11. Pronostico

12. Recomendaciones

13. Esquema Terapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

Anexo C

Guía de observación

GUÍA DE OBSERVACIÓN		
Nombres del paciente: _____		
Fecha: _____		
	<u>Si</u>	No
1. El sujeto muestra signos de depresión observables (tristeza, desmotivación, desesperanza, anhedonia) en la sesión.		
2. Muestra signos de fatiga.		
3. Muestra signos de llanto.		
4. Presenta falta de concentración		
5. Se observa preocupado y con bajo estado de ánimo.		

Comentarios:

Anexo D

Inventario de depresión de Beck

(B.D.I) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE:.....

FECHA:.....

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos: A continuación, señale cuál de las afirmaciones, de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que esta a la izquierda de las afirmaciones que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay mas de una afirmación que considere aplicable a su caso márquela también, asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste
 - 1 Me siento triste
 - 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
 - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado (S) ante el futuro
 - 1 Me siento desanimado con respeto al futuro
 - 2 Siento que no tengo nada que esperar
 - 3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden mejorar

3. 0 No creo que sea un fracasado
 - 1 Creo que e fracasado más que cualquier persona normal
 - 2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
 - 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona

4. 0 Obtengo tanta sastifación de las cosas como las que solía obtener antes
 - 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
 - 2 Ya no obtengo una verdadera sastifación de nada
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0 No me siento especialmente culpable
 - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
 - 2 Me siento bastante culpable casi siempre
 - 3 Me siento culpable siempre

6. 0 No creo que este siendo castigado
 - 1 Creo que puedo ser castigado
 - 2 Espero ser castigado
 - 3 Creo que estoy siendo castigado

- 7.0 No me siento decepcionado a mi mismo
- 1 Me he decepcionado a mi mismo
 - 2 Estoy disgustado conmigo mismo
 - 3 Me odio
- 8.0 No creo se peor que los demás
- 1 Me critico por mis debilidades y mis errores
 - 2 Me culpo siempre por mis errores
 - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede
- 9.0 No pienso matarme
- 1 Pienso en matarme, pero no lo haría
 - 2 Me gustaría matarme
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10.0 No lloro mas que de costumbre
- 1 Ahora lloro mas de lo que solía hacer
 - 2 Ahora lloro todo el tiempo
 - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera
- 11.0 Las cosas no me irritan mas que lo de costumbre
- 1 Las cosas me irritan un poco mas que lo de costumbre
 - 2 Estoy bastante irritado o afectado una buena parte del tiempo
 - 3 Ahora me siento irritado todo el tiempo
- 12.0 No he perdido el interés de otra persona
- 1 Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
 - 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas
 - 3 Ya no puedo tomar mis decisiones
- 13.0 Tomo decisiones casi como siempre
- 1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
 - 2 Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes
 - 3 Ya no puedo tomar más decisiones
- 14.0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
 - 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que hacen parecer poco Atractivo
 - 3 Creo que me veo feo

- 15.0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta mucho mas esfuerzo empezar a hacer algo
 - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
 - 3 No puedo trabajar en lo absoluto
- 16.0 Puedo dormir tan bien como siempre
- 1 No duermo también como solía hacerlo
 - 2 Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta Mucho volver a dormirme
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme
- 17.0 No me canso más que de costumbre
- 1 Me canso mas fácilmente que de costumbre
 - 2 Me canso sin hacer casi nada
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo
- 18.0 Mi apetito no es peor que de costumbre
- 1 Mi apetito, no es tan bueno como solía ser
 - 2 Mi apetito esta mucho peor ahora
 - 3 Ya no tengo apetito
- 19.0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo
- 1 He rebajado más de 2 kilos y medio
 - 2 He rebajado más de 5 kilos
 - 3 He rebajado más de 7 kilos y medios
- 20.0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias Estomacales, o estreñimientos
 - 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en Cualquier otra cosa
 - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna Otra cosa
- 21.0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
 - 3 He perdido por completo el interés por el sexo

Anexo E

Escala de riesgo suicida de Plutchik

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK**Nombre:** _____**Sexo:** _____**Edad:** _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre las cosas que Ud. ha sentido o hecho. Conteste marcando en el casillero SI o NO su respuesta más habitual.		
	SI	NO
1.- ¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?		
2.- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3.- ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4.- ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5.- ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6.- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7.- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8.- Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9.- ¿Está deprimido/a ahora?		
10.- ¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?		
11.- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12.- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13.- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14.- ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15.- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
PUNTUACIÓN TOTAL:		

Anexo F

Test assist v3.0

OMS - ASSIST V3.0



OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	CLÍNICA	<input type="text"/>
Nº PARTICIPANTE	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTRODUCCIÓN *(Léalo por favor al participante)*

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

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

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

Pregunta 1

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

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

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

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

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



Pregunta 2

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

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

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

Pregunta 3

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



Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8



Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

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

Pregunta 7

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



Pregunta 8

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

NOTA IMPORTANTE:

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

Anexo

Test HTP (house, tree, person) de la versión de Karen Rocher

