



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



**EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGO CLÍNICO**

PROBLEMA:

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU INCIDENCIA EN EL AREA
SEXUAL DE UN ADULTO DE 30 AÑOS DE LA CIUDAD DE BABAHOYO

AUTOR:

VILLAVICENCIO CASTRO WELLINGTON DAVID

TUTOR:

Msc. MORAN BORJA LILA MARIBEL

BABAHOYO – 2023

DEDICATORIA

A mis padres, que con su esfuerzo me supieron dar una buena educación y a pesar que me vieron equivocarme muchas veces, siempre creyeron en mí. A ellos les dedico todos mis logros.

AGRADECIMIENTO

A mi sobrino Eidan que con su sonrisa me quitó las ganas de quitarme la vida.

A mi querida esposa que trabajó 14 horas diarias y me brindó el apoyo necesario durante mi último año de estudio.

A mis hermanos que dejaron que utilice la psicología en ellos.

Y a mis compañeros que hicieron de la universidad un mejor lugar, a todos ellos quedo eternamente agradecido.

RESUMEN

Las alteraciones en el área sexual son una problemática que resulta ser muy incómodo y significativo para la persona que lo padece. Las alteraciones en el área sexual se pueden dar por alteraciones biológicas o psicológicas. En este caso se el consumo de una sustancia específica era la causa de esta problemática.

Debido a esta sustancia se considera vasoconstrictora afecta significativamente en el desempeño sexual del paciente cuando este la consume. Por otra parte, el consumo repetitivo del paciente afecta no solo la parte sexual sino también al área psicológica produciéndole delirios, alucinaciones y en la parte social problemas familiares y laborales.

La intervención se llevó a cabo de manera estratégica dividiendo esta en dos partes: el proceso de psicodiagnóstico y el proceso psicoterapéutico. Sirvieron para tener conocimiento sobre la alteración que estuvo presentando como también la aplicación de test psicológicos como refuerzo para llegar al diagnóstico.

Para la parte del enfoque psicoterapéutico se decidió utilizar el modelo transteórico de cambio que se compone de estadios, procesos y niveles de cambio lo cual nos permite identificar en qué nivel de cambio se encuentra el paciente y que acciones se deben de realizar para motivar el cambio.

Palabras claves: Sustancias psicoactivas, área sexual, adulto.

ABSTRACT

Alterations in the sexual area are a problem that turns out to be very uncomfortable and significant for the person who suffers from it. Alterations in the sexual area can be caused by biological or psychological alterations. In this case, the consumption of a specific substance was the cause of this problem.

Because this substance is considered a vasoconstrictor, it significantly affects the patient's sexual performance when consumed. On the other hand, the repetitive consumption of the patient affects not only the sexual part but also the psychological area, producing delusions, hallucinations and, in the social part, family and work problems.

The intervention was carried out strategically, dividing it into two parts: the psychodiagnostic process and the psychotherapeutic process. They served to have knowledge about the alteration that was presenting as well as the application of psychological tests as reinforcement to reach the diagnosis.

For the part of the psychotherapeutic approach, it was decided to use the transtheoretical model of change, which is made up of stages, processes and levels of change, which allows us to identify at what level of change the patient is and what actions must be carried out to motivate the change.

Keywords: Psychoactive substances, sexual area, adult.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INDICE GENERAL	VI
INTRODUCCION	7
DESARROLLO	8
JUSTIFICACION	8
OBJETIVO	8
SUSTENTOS TEORICOS	9
TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION	17
RESULTADOS OBTENIDOS	19
SITUACIONES DETECTADAS	21
SOLUCIONES PLANTEADAS	23
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFIA	27
ANEXOS	28

INTRODUCCIÓN

Este estudio de caso está orientado bajo la línea de investigación: Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y de sub-línea de investigación psicopatología y trastorno asociados a la farmacodependencia.

El consumo de sustancias psicoactivas tiene lugar en toda la historia desde las civilizaciones antiguas que utilizaban ciertas sustancias como opio con fines analgésicos y otras sustancias como el alcohol con fines lúdicos. Actualmente existen diversas sustancias que son consumidas una parte de la población y debido a los varios procesos químicos al que se someten tienen el poder de crear tolerancia, dependencia y un grave deterioro a nivel general del individuo.

El estudio de caso tiene relevancia al investigar la relación del consumo de sustancias psicoactivas y su afección en el área sexual de un individuo, donde el consumo de sustancias psicoactivas ha repercutido de manera negativa en él, afectando varias áreas y se determinará en que magnitud el consumo de sustancias impide el correcto funcionamiento sexual del paciente de 30 años de la ciudad de Babahoyo.

Los lectores de este estudio se podrán dar cuenta de cómo el individuo estudiado pasó de consumir esporádicamente a llegar al abuso de sustancias psicoactivas. Así mismo que sustancia tienen mayor influencia en dar origen a una disfunción sexual. Como también como el individuo pudo disminuir la sintomatología que presentó el paciente por más de 6 años mediante la intervención psicológica que tuvo una duración de 2 meses.

La recolección de información partió desde el primer encuentro con el adulto de 30 años que llega a consulta debido a que presentabas alteraciones en el área sexual donde se realizó una entrevista semiestructurada durante las primeras 2 sesiones y se emplearon reactivos para reforzar el diagnóstico y descartar otras psicopatologías

En el presente estudio tendrá una estructura la cual constará de justificación donde hacemos énfasis la importancia de este estudio, técnicas aplicadas para la recolección de información, sustentos teóricos donde se extrajo información relevante de diversos autores para la confiabilidad del caso, situaciones detectadas durante el proceso de diagnóstico, soluciones planteadas donde el esquema psicoterapéutico juega un papel fundamental para la disminución/eliminación de la sintomatología, resultados obtenidos, técnicas psicoterapéuticas utilizadas, conclusiones, bibliografía y anexos.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El área sexual de una persona es muy importante ya que influye en el equilibrio psíquico y en el estado emocional de la persona. Dentro de los factores emocionales de una persona que goza de buena salud sexual son: alta autoestima, confianza en sí mismo, seguridad, buen autoconcepto entre otros. Caso contrario a lo que pasa una persona que presenta alteraciones en el área sexual pues su psique se ve afectada e influirá en las áreas emocionales y conductuales.

El paciente que es parte de esta investigación jugó un papel fundamental para descubrir los efectos de la sustancia psicoactiva y como estas iban deteriorando su desempeño sexual. La misma que influiría en el deterioro de varias áreas de su vida como su entorno familiar, laboral y social. El paciente se benefició del proceso psicoterapéutico a medida en que progresaban las intervenciones y las áreas deterioradas fueron disminuyendo progresivamente.

La información detallada influiría a la comunidad lectora, estudiantes, profesionales, pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancia o disfunción sexual ya que se expondrá las técnicas de intervención que se utilizaron tanto para la disminución o cese del consumo de sustancias psicoactivas como para el solucionar las disfunciones o problemas sexuales que vienen relacionadas con el consumo.

El estudio está realizado debido al fuerte deterioro sexual que el paciente presentó progresivamente durante 6 años y la influencia del consumo de sustancias psicoactivas ya que el paciente empezó el consumo de sustancia a los 24 años de edad; el paciente antes de consumir podía llevar el coito con su pareja de una manera satisfactoria sin ningún problema.

Las técnicas psicoterapéuticas que se emplearon tanto para el consumo de sustancias psicoactivas como en el deterioro sexual fueron aplicadas de manera progresiva y fueron influyendo satisfactoriamente en el aumento de autoestima, autoconcepto, autoconfianza y también se observaron mejoras en el afecto y en la actividad sexual de la pareja.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar técnicas psicológicas para disminuir el consumo de sustancia psicoactivas e impedir que éstas sigan influyendo en la vida sexual del paciente de 30 años de la ciudad de Babahoyo.

SUSTENTACIÓN TEÓRICA

Concepto de sustancia psicoactiva

Se considera sustancia psicoactiva con capacidad adictiva o, coloquialmente “droga”, a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento (Casas, 2011).

Esta definición nos puede hacer pensar que nos referimos únicamente a las sustancias que son ilegales, también nos referimos a las sustancias legales que circulan de manera normal y su presencia nos causa poca impresión como bebidas alcohólicas, el tabaco o ciertos fármacos que suelen ser prescritos medicamente; también a las sustancias de uso doméstico o industrial como los disolventes volátiles.

Clasificación de las sustancias psicoactivas según su efecto en el sistema nervioso

Ya nos dimos cuenta que podemos dividir a las sustancias psicoactivas en legales o ilegales ahora partiremos clasificándolas por los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos. La organización mundial de la salud ha clasificado a las sustancias psicoactivas según el efecto que producen en el organismo y estas pueden ser: depresoras, estimulantes y alucinógenas.

Depresoras: sustancias que deprimen el funcionamiento del sistema nervioso central, retardando o disminuyendo la capacidad de respuesta de las funciones psíquicas y corporales. Entre las ellos encontramos al Opio y sus derivados, barbitúricos, benzodiazepinas y alcohol etílico.

Estimulantes: estimula la actividad del sistema nervioso central, significa que produce un estado de excitación o aceleración de las funciones biológicas y psicológicas. Entre ellas encontramos a la cocaína y sus derivados, anfetaminas, nicotina y cafeína.

Alucinógenas: sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central, causando alucinaciones, ensueño. Por ejemplo: LSD, marihuana, fenciclidinas.

Las sustancias psicoactivas más comunes en nuestro país tanto legales como ilegales son el alcohol, el tabaco, la cafeína, marihuana, cocaína, derivados del opio y otras sustancias inhalantes. En este estudio se tendrá en cuenta tanto el uso de una sola sustancia

como la combinación de dos o varias. Esta combinación aumenta el efecto en el sistema nervioso central pero también agrava el deterioro biológico, mental, físico y social.

Efectos de la sustancia psicoactiva en el sistema nervioso central

La marihuana se consume mayormente fumándola, sus efectos pasan por dos fases, empieza por la fase estimuladora, euforia, sentimiento de bienestar, aumento de la percepción y ansiedad; luego pasa a una fase de sedación, relajación y somnolencia (Becoña Iglesias, 2016).

Al tener efectos alucinógena sus efectos pueden ser más o menos intenso según la cantidad administrada, se considera una sustancia menos agresora pero sus consecuencias a largo plazo poder ser graves.

La heroína se puede fumar o esnifar las primeras reacciones al consumirla pueden ser malestar estomacal seguido de náuseas, vómitos y disforia al principio los efectos no suelen ser placenteros, luego de estos efectos aparece la parte placentera llena de euforia, placer, reducción de ansiedad (Becoña Iglesias, 2016)

El cese del consumo de heroína conlleva a que el síndrome de abstinencia se presente y sus síntomas son desagradables para el individuo los síntomas predominantes son dolores a las articulaciones. El síndrome de abstinencia de la heroína puede ser mortal.

Los primeros efectos de la cocaína son euforia, cambios emocionales bruscos, sentimiento de grandeza, hipersexualidad, agitación psicomotriz, insomnio, deterioro en la capacidad del juicio (Becoña Iglesias, 2016). El consumo excesivo de cocaína puede conllevar a la sobredosis lo cual si la persona no atendida a tiempo puede morir en ese lapso.

Existen sustancias que pueden crear mayor dependencia psicológica y física que otras lo cual es importante identificar que sustancia es la que está causando mayor deterioro en el individuo. Dentro del tipo de consumo de las sustancias psicoactivas podemos identificar 4 tipos: uso, habito, abuso y dependencia. Es importante identificar ya que desde ahí podemos diseñar o estructurar el tratamiento ya sea residencial o ambulatorio según la necesidad del usuario.

Uso, habito, abuso y dependencia

El uso de sustancias se caracteriza por el consumo de una sustancia de manera esporádica y controlada y esta no produce consecuencias negativas en la persona.

El hábito sería la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos (Del Moral, 1998, p.4). Por ejemplo, una persona que se consume un vaso de vino la mayoría de los días por la merienda.

El abuso es cualquier consumo de una sustancia psicoactiva que atente a la integridad, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo. Por ejemplo, una persona que consumo solo los días viernes alcohol, pero su consumo es excesivo lo que lo lleva a la embriaguez y a la pérdida de conciencia lo cual atenta contra su propio bienestar y probablemente el de los demás.

Por dependencia, o síndrome de dependencia, se entiende: un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto (Association, 2014). En este caso nos referimos a las personas que no tienen control alguno en el consumo de sustancias psicoactivas, su consumo es diario a y a altas cantidades lo cual contribuye al deterioro biológico, físico, mental y social.

Factores de riesgo

Sabemos que hay individuos que tienen una mayor predisposición biológica que otros para el consumo de drogas (bien por causas genéticas, biológicas o constitucionales); la predisposición biológica no implica causalidad, aunque si se produce la prueba de una o más sustancias psicoactivas aumenta claramente el riesgo en los individuos predispuestos a que continúen con el consumo tanto por los procesos biológicos de la sustancia como por los de reforzamiento por su consumo (Casas, 2011).

La comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos ha recibido una importante atención en los últimos años, estableciéndose la patología psiquiátrica como un claro factor de riesgo para el consumo de drogas, especialmente en el caso de la dependencia (Roberts, 2007). Los datos indican que la existencia de estado de ánimo depresivo en la adolescencia temprana aumenta la probabilidad del uso de sustancias y que el consumo de cannabis podría ser una estrategia de alivio de los síntomas (Paton, 1997).

En la comunidad, la disponibilidad de drogas está presente como factor de riesgo en todos los consumos, menos en tabaco, así, a mayor disponibilidad de drogas, mayor tendencia a consumir (Palomo, 2010).

En la familia, cuanto más favorables al consumo de drogas son las actitudes familiares, mayor es la tendencia al consumo de sustancias. La historia familiar de conducta antisocial se relaciona con más consumo de alcohol y tabaco, con alto consumo de alcohol, consumo de marihuana y drogas ilegales. Igualmente, a menor control familiar, mayor

consumo elevado de alcohol; y a mayor conflicto familiar, mayor consumo elevado de tabaco (Palomo, 2010).

Los estudiantes consumen menos alcohol cuanto mejores son las relaciones familiares, no obstante, este factor pierde relevancia al controlar por otros, siendo entonces la relación con el grupo de iguales uno de los más relevantes para determinar la cantidad de consumo del adolescente (José P. Alfonso, 2009).

En la escuela, el fracaso académico es un factor de riesgo para el alto consumo de alcohol y tabaco, y el consumo de tabaco. Resulta llamativo que el escaso compromiso con la escuela (poco disfrute en ella y poco interés en actividades académicas) parece «proteger» frente al tabaco y su alto consumo; y que las recompensas por la implicación pro social (sentirse seguro en el colegio y que el trabajo bien hecho sea reconocido) estén relacionadas con una tendencia mayor a consumir tabaco y drogas ilegales (Palomo, 2010).

Circuito de recompensa

La base física del circuito de recompensa son neuronas y proyecciones de las mismas que utilizan la dopamina como neurotransmisor (neuronas dopaminérgicas). Estas neuronas se encuentran en la parte profunda del cerebro (área tegmental ventral o ATV) y establecen conexiones con sistemas cerebrales muy importantes para la recompensa, las emociones y el aprendizaje (núcleo accumbens y sistema límbico). Particularmente importante es la conexión entre las neuronas del ATV y las del núcleo accumbens (Guerra, 2012).

Concepto de sexualidad humana

Podemos definir la sexualidad humana como las diferentes maneras en que experimentamos y nos expresamos como seres sexuales. El conocimiento de nosotros mismos como mujeres u hombres es parte de nuestra sexualidad, como lo es la capacidad que tenemos para las experiencias y respuestas eróticas (Boluda, 2016).

Comportamiento sexual

El comportamiento sexual se refiere las múltiples formas de vivir la sexualidad y de relacionarse de manera afectiva y sexual con otras personas, así el comportamiento sexual está influenciado por la educación y el estilo de crianza, época en la que vive, situación socioeconómica y por la cultura. Se asume además que la conducta sexual es todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma y con otras personas (Anaya L, 2017).

Responsabilidad sexual

Para hablar de una sexualidad responsable es necesario referirse en primer término a una educación sexual adecuada y efectiva, misma que consiste en la enseñanza encaminada

a 14 desarrollar la comprensión de los aspectos físicos, mentales, sociales, económicos y psicológicos de las relaciones humanas en la medida en que afectan a las relaciones entre hombre y mujer, donde los niños y adolescentes deben conseguir su conocimiento de educación sexual primaria en la familia tomando en cuenta que las relaciones sexuales tienen consecuencias y los jóvenes necesitan desarrollar sus propios valores sobre la sexualidad con la madurez necesaria (Institucional, 2012).

Una sexualidad responsable se asume cuando:

- La persona se hace cargo de sus actos y decisiones
- Asume tanto los riesgos como las consecuencias de sus acciones sobre sí mismos y los demás
- Cuando se toma en cuenta sentimientos, valores y actitudes para la toma de decisiones sobre la vida sexual coital y no coital
- Cuando se tiene el valor de decisión para aplazar el placer y la gratificación en situaciones que pueden generar consecuencias negativas para la persona y la sociedad (contagio de infecciones)
- Cuando el comportamiento sexual está ligado a un sentido que da significado a la experiencia sexual y amorosa
- Cuando se toma la decisión de mantener relaciones sexuales exclusivamente con la pareja
- Cuando la conducta sexual se rige a la ética y a la moral

Irresponsabilidad sexual

La problemática de la salud reproductiva se vincula a las tendencias de los jóvenes a practicar conductas sexuales precoces y sobre todo riesgosas, entre las cuales se observan: inicio cada vez más precoz de la vida sexual, relaciones imprevistas en lugares y en situaciones inapropiadas, continuos cambios de pareja, poco conocimiento de la sexualidad, bajo nivel de prevención del embarazo, escasa orientación y uso de los métodos anticonceptivos, insuficiente información sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su prevención.

Así mismo los jóvenes tienen poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo o infecciones y son renuentes a aceptar la realidad de su situación, por otra parte, desconocen a dónde acudir para obtener orientación y ayuda (A, 2014).

Las conductas sexuales de riesgo que los jóvenes adoptan resultan consecuencia de factores variados como:

- Factores biológicos: los cambios biológicos que se generan en los jóvenes desprenden un sentido de adultez y la necesidad de ser aceptados dentro del grupo de iguales lo que puede conllevar a determinadas prácticas de riesgo.
- Desarrollo cognitivo, psicosocial y afectivo: en la adolescencia y juventud el desarrollo cognitivo y psicosocial no ha concluido su formación por lo que es recurrente el sentido de invulnerabilidad, omnipresencia y egocentrismo donde la persona busca experiencias nuevas sin ser capaz de prever las consecuencias y los resultados de sus actos.
- Familia: dentro de este grupo pueden sobresalir aspectos de riesgo pues en la mayoría de los casos los adultos son incapaces de impartir normas de conductas responsables y de brindar explicaciones claras sobre la sexualidad.
- Grupo de iguales: el grupo de amigos ejerce gran influencia sobre la conducta sexual al ser el círculo donde los adolescentes sienten más apego y de los cuales se semejan la conducta debido a presión
- Consumo de alcohol y otras drogas: el uso de dichas sustancias es facilitador de las conductas sexuales de riesgo 17
- Educación sexual recibida: esta suele ser deficiente pues aún existe desconocimiento sobre temas de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, por lo que al iniciarse la actividad sexual se lo hace de manera irresponsable. (Figuerola L, 2017)

Consecuencias de sexualidad irresponsable

Las conductas sexuales de riesgo han despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas, pues tener relaciones sexuales sin protección o habiendo consumido licor, la promiscuidad y demás acciones hacen vulnerables a las personas frente a los peligros sexuales. Las conductas sexuales de riesgo no involucran el desconocimiento de cómo protegerse, puesto que la mayoría de los jóvenes las conoce, lo que denota que el problema se da no por el nivel de conocimiento sino de práctica sobre el tema, aspectos que incrementan la vulnerabilidad de la población joven frente a consecuencias indeseadas (Bahamóm M, 2014).

Salud sexual y reproductiva

La salud sexual se refiere al completo bienestar físico, psicológico y social relacionado con la sexualidad, ello supone contar con los medios necesarios para lograr relaciones placenteras, pero sobretodo seguras, además de la capacidad de decidir de manera autónoma cuando, con quien y bajo qué circunstancias se ejecutará la sexualidad.

Según (Bahamóm M, 2014) los componentes de la salud sexual y reproductiva contemplan:

- Educación y servicios de atención prenatal y parto sin riesgo
- Cuidados de salud para los y las recién nacidas
- Información y tratamiento para infecciones de transmisión sexual
- Servicios de aborto seguro
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros
- Asesoramiento sobre sexualidad responsable
- La actuación será primordialmente dirigida a la población juvenil

La salud sexual tiene tres elementos; el primero que se refiere a la capacidad de disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo respecto a la ética personal y social, el segundo en el que se establece la libertad hacia el miedo, vergüenza, culpa, creencias y demás factores que inhiben la respuesta sexual o dañan la relación sexual y tercero: en el que debe existir liberación de indisposiciones, enfermedades o alteraciones orgánicas que interfieran con las funciones sexuales y reproductivas. Por lo tanto, la salud sexual implica un acercamiento a la sexualidad humana bajo el propósito del cuidado de la salud sexual donde se debe procurar el mejoramiento de la vida y las relaciones personales y no sólo la consejería y cuidado de la reproducción de enfermedades sexualmente transmitidas (Rizo M, 2011).

Disfunciones Sexuales

Se puede definir como “alteración persistente o recurrente de cualquier fase del ciclo de la respuesta sexual, que interviene con su satisfacción (genera discomfort) y es debida a factores orgánicos, psicológicos, dolor y/o efectos de fármacos” (S, 2008).

Las disfunciones sexuales abarcan varios trastornos sexuales que se dan tanto para el hombre como la mujer, todos estos trastornos causan un deterioro significativo en el área sexual del individuo y en estas repercuten en otras áreas.

Las disfunciones sexuales son un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual (Association, 2014).

Dentro de las clasificaciones se describirán los trastornos sexuales con mayor prevalencia en el hombre como la eyaculación prematura y el trastorno eréctil,

Factores de riesgo

Temperamental: La eyaculación prematura puede ser más común en los hombres con trastornos de ansiedad, en especial con trastornos de fobia social (Association, 2014).

Hay evidencia que demuestra que un gran número de pacientes presentan dificultades a la hora de reiniciar su actividad sexual luego de presentar un evento cardiovascular, como por ejemplo un infarto agudo de miocardio o posterior a una cirugía cardíaca. Los factores psicógenos que más relevancia tienen son el miedo al re-infarto o la muerte súbita durante la actividad sexual, teniendo un impacto negativo tanto en la frecuencia como en la calidad de las relaciones sexuales, y, por lo tanto, en la vida de estos pacientes (Calleri, 2021)

Trastorno eréctil

La disfunción eréctil se define como la imposibilidad de conseguir y/o mantener una erección que pueda dar lugar al acto sexual. Como mencionamos anteriormente es un proceso multifactorial, mayormente de origen vascular, por lo tanto, será altamente sensible a la disfunción endotelial. Se puede inferir entonces, que la disfunción eréctil tendrá íntima relación con aquellas enfermedades que causen o tengan como base fisiopatológica la disfunción endotelial (Calleri, 2021).

Existen varias causas para que se presente el trastorno eréctil lo cual (Monge, 2020) describe a continuación:

Causas psicológicas: El pene no tiene ninguna alteración física, pero problemas psicológicos como la ansiedad (provocada con frecuencia por el miedo a no conseguir una erección o a defraudar a la mujer), la depresión, los problemas con la pareja e incluso el estrés pueden afectar al acto sexual. También la preocupación excesiva por los problemas laborales, sociales o familiares implican que no se dedique la atención necesaria al acto sexual.

Causas vasculares: Son muy habituales. El pene no puede acumular la sangre necesaria para que se dé una erección, generalmente porque no llega en suficiente cantidad.

Causas neurológicas: En estos casos se produce una interrupción en la transferencia de mensajes del cerebro al pene porque existe una lesión en los nervios implicados.

Causas farmacológicas: Existen varios medicamentos que tienen como efecto secundario disminuir la capacidad de tener una erección.

En este caso en particular el consumo de cocaína provoca al paciente que no pueda tener o mantener una erección y que pueda tener una actividad sexual satisfactoria. La cocaína actúa como un potente vasoconstrictor lo cual reduce el flujo sanguíneo lo que provoca que no llegue la suficiente sangre al pene y este pueda tener o mantener una erección. el uso prolongado de esta suele generar un estado depresivo una vez que pasa el efecto eufórico el mismo que tiende a reducir el deseo sexual. Un bajo deseo sexual con la dificultad de mantener o tener una erección son las consecuencias que aquejan al paciente.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Observación directa

Es una técnica de investigación que nos permite recolectar información desde el primer encuentro con el paciente. Para llevar a cabo esta técnica se aparta momentáneamente la interpretación del profesional únicamente se redacta todo lo que observamos del paciente para luego realizar su respectivo análisis. Cuando hablamos de observación no nos referimos únicamente a la información que procesamos mediante la vista sino también todo lo que nuestros sentidos pueden captar. Como el paciente llega a consulta, vestimenta, conducta durante la entrevista, su tono de voz, su olor, entre otros. Estos son solo una parte de lo que el profesional puede recolectar información a través de esta técnica.

Entrevista

Es una técnica de recolección de información más específica en la cual se investigan varias áreas del paciente para determinar la problemática o patología que presente en el momento. La entrevista puede ser estructurada, semiestructurada o abierta. Para este estudio se enfocó en la entrevista abierta ya que mediante la orientación del profesional a base de preguntas y el espacio del paciente para hablar abiertamente se pueda obtener mayor información y que esta sea relevante para el profesional.

Historia clínica

En el ámbito psicólogo es importante la realización de la historia clínica de la persona involucrada, ya que se evidencia todo el trabajo que se ha realizado, que va desde la intervención para el psicodiagnóstico hasta el proceso psicoterapéutico. Toda la información redactada en la historia clínica es de importancia para los diversos profesionales en el área de la salud que se involucren con el caso a tratar, por ejemplo, médicos, psiquiatras, entre otros. Dentro de la historia clínica se pueden observar datos personales del paciente, el motivo por el cual el llegó a consulta, información básica de los familiares y también áreas un poco más complejas como la exploración del estado mental del paciente, aquí encontramos la mayor parte de psicopatologías del paciente siempre que se presenten, el esquema psicoterapéutico donde se expone el proceso detallado en el cual el paciente ha ido pasando y sus progresos que ha obtenido. Incluso encontramos el psicodiagnóstico una parte importante que es el psicodiagnóstico y aquí se detalla el nombre de la alteración junto con su codificación, mayormente en el ámbito profesional del Ecuador se utiliza el CIE-10.

Test psicométrico

Dast 10 (Drug Abuse Screening Test)

Es un test psicométrico que se utiliza para detectar problemas de abuso de sustancias psicoactivas. Consta de 10 reactivos el cual se puede aplicar a la población adolescente y adulta; en la población adolescente se modifica su redacción para adaptarse a aquella población. Los reactivos indagan para identificar los trastornos psicológicos y médicos por causa del consumo recurrente de sustancias psicoactivas reconociendo cuatro niveles de riesgo. Debido a la simplificación de los reactivos se estima una duración para la realización de 5-8 minutos.

Inventario breve de funcionamiento sexual

Es un cuestionario diseñado para medir las relaciones entre la enfermedad (y/o la medicación) y los cambios en el funcionamiento sexual. El inventario evalúa el funcionamiento sexual habitual exclusivamente del sexo masculino adulto. Este inventario consta de 11 ítems que se distribuyen en 4 categorías: impulso sexual, erección, eyaculación, satisfacción. El cuestionario es auto aplicable, aunque preferentemente se sugiere administrarlo durante la entrevista clínica semiestructurada y la persona valora cada reactivo en una escala de 0-4. Debido a la facilidad y brevedad de aplicación se considera un instrumento de evaluación de atención primaria.

Índice internacional de la función eréctil

Este cuestionario ayuda a identificar la disfunción sexual presente en el individuo y evalúa la gravedad. Es auto aplicable y consta de 15 ítems en el cual abarcan cinco áreas como la función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción sexual y satisfacción general. Esta herramienta ayuda o facilita el diagnóstico al profesional que lo requiere. Este cuestionario también ayuda a detectar los cambios o progresos del tratamiento debido a su especificidad y sensibilidad. La púnica desventaja de este inventario es que solo se lo puede aplicar en hombres.

Gráfico de relaciones

Es una herramienta que se utiliza para el análisis de una problemática que subyacen de las relaciones personales. Nos permite observar de una manera amplia, general y concreta cómo se organiza el círculo familiar del paciente y el tipo de relación con cada uno de las personas involucradas. Por la complejidad de esta técnica puede abarcar mucho tiempo para realizarlo de manera completa se sugiere aplicarla en una durante una sesión específica. Esta técnica tiene una gran ventaja la cual consiste en ayudar a la exploración del área donde el foco de atención debe tener prioridad.

RESULTADOS OBTENIDOS

Los recursos utilizados en el caso de estudio tuvieron cabida en momentos estratégicos como fue la observación esta se dio de manera inmediata, en el instante en que el paciente ingreso al consultorio la observación consistió en recolectar información de cómo llega a consulta, su vestimenta, su cuidado personal, modo de caminar, modo de expresarse, sus rasgos faciales, incluso si llegaba perfumado.

Las entrevistas que se realizaron para el presente estudio de caso fueron cinco las cuales se desarrollaron cada semana durante 1 mes y 1 semana.

Primera sesión

(lunes, 5 de septiembre de 2022 / 9:00 am)

La primera sesión fue aprovechada para la crear un vínculo de confianza con el paciente y también recolectar la mayor cantidad de información para posteriormente realizar el respectivo análisis. La entrevista psicológica se realizó el lunes 5 de septiembre del 2022 a las 9:00 am en el centro de salud el mamey en el área de psicología donde ingreso el señor J.E.T.P de 30 años de edad a consulta, paciente con buen cuidado personal, saludando cordialmente, y presentándose muy colaborativo durante toda la entrevista. Esta se llevó a cabo con una serie de preguntas abiertas y dejando espacio para que el paciente pueda expresar su problemática. En primera instancia se encontró una problemática de tipo sexual, la cual le causaba frustración y malestar el haberla adquirido.

Segunda sesión

(lunes. 19 de septiembre de 2022/10:30 am)

Durante la toma de signos vitales se comprobó que el paciente había bajado de peso específicamente 1 kl. Ingreso junto a su esposa que a lo largo de la sesión estuvo respondiendo la mayoría de las preguntas. Se encontró a un paciente intranquilo durante toda la sesión, agitado, presentando sudoraciones, con ciertos rasgos de dificultad para respirar y disminución de atención selectiva, respondía vagamente a lo las preguntas durante toda la sesión. Se sospechó que estaba bajo los efectos de algún fármaco. También en la segunda sesión se encontró que el paciente consumía sustancias psicoactivas desde hace varios años lo cual dio origen a la problemática sexual problemática que la esposa lo confirmo durante la entrevista, aunque no quiso abordar profundamente en el tema. Y los signos que presentaba se debían a que antes de ingresar a consulta había consumido sustancias lo cual

se le recomendó que para las sesiones próximas no se podrían llevar a cabo si él se presentaba intoxicado. La sesión tuvo una duración de media hora debido al estado del paciente.

Tercera sesión

(lunes 26 de septiembre de 2022/8:30am)

En la tercera sesión con el paciente totalmente sobrio se procedió a realizarle los test para respaldar los hallazgos de la segunda sesión. Los test que se utilizaron fueron tres los cuales tienen el objetivo de indicar la gravedad del consumo de sustancias y para descartar otras patologías sexuales. Una vez realizados los test se procedió a investigar acerca de su consumo de sustancias psicoactivas lo cual permitieron saber el tiempo de consumo que es de 6 años y únicamente se administra una en específico. Esta sustancia en los primeros usos le causaba el problema sexual al paciente solo cuando esta era administrada y que en la actualidad el problema sexual suele durar de 1 o a veces más después de administrarse dicha sustancia.

Cuarta sesión

(lunes, 3 de octubre del 2022/9:00)

Durante la cuarta sesión el paciente bajo el ritmo de consumo, pasando de consumo de 5 a 6 veces por semana a consumir 3 veces por semana. El sistema familiar influyó de manera significativa para que el paciente disminuya el nivel de consumo durante esta semana. La problemática con el área sexual se mantuvo presente en el paciente sin disminuir ni aumentar el tiempo de presencia de los síntomas, seguían presente a pesar de la disminución del consumo.

Quinta sesión

(lunes 10 de octubre del 2022/8:30)

El paciente durante su quinta sesión respondió al tratamiento de manera adecuada lo cual durante la semana disminuyó el consumo de la sustancia estando de 3 veces por semana a solamente 2 y siendo estos los días viernes y sábado. Ya transcurrido 14 días de haber disminuido el consumo de sustancia la problemática sexual fue mejorando de volver a mantener la presencia de los síntomas solo en el momento en que el paciente se administraba la sustancia.

Todas las técnicas empleadas tanto para recolección de información, evaluación, análisis, diagnóstico y tratamiento fueron fundamentales y complementarias entre sí a parte de la disminución de las problemáticas que este paciente presentaba el área emocional también se vio mejorada ya que el nivel de frustración fue disminuyendo y fue mejorando el área laboral también donde hace varias semanas atrás paso dificultades debido a la inasistencia a él.

SITUACIONES DETECTADAS

Basándose en el modelo biopsicosocial se evaluaron estas tres áreas: biológica, psicológicas y social. Las mismas que a nivel biológico se encontraron alteradas, a nivel psicológica se evaluaron las alteraciones en las cogniciones, emociones, conductas y actitudes, a nivel social se evaluaron la forma que tiene el individuo al reaccionar a la presión y demandas sociales. Todos los hallazgos basados en el modelo biopsicosocial están detallados a continuación.

Aspecto Biológico:

El paciente presenta falta de apetito durante la intoxicación por sustancias psicoactivas y suele pasar más de ocho horas sin apetito después de la intoxicación. Y de manera progresiva va disminuyendo su peso corporal. El paciente llegó a consulta pesando 67kg y durante una semana pasó a pesar 66kg.

Aspecto Cognitiva

A nivel cognitivo el paciente presentaba preocupación excesiva por la problemática de tipo sexual que presentaba. Preocupación que demostraba al momento de expresar que no quería que su esposa se separara de él por esta problemática, así como también preocupación por creer que la problemática sexual que presentaba iba a ser permanente.

Fuga de ideas el paciente al momento del discurso daba cambios bruscos al contexto de lo que iba hablando lo cual perdía la coherencia en lo que decía en primera instancia esto sucedió en la segunda sesión cuando el paciente se presentó intoxicado.

Cuando el paciente está bajo los efectos de la sustancia psicoactiva a nivel cognitivo presenta alteraciones en la sensorio-percepción presentando así alucinaciones auditivas, el paciente suele percibir sonidos que provienen fuera de su casa, como llamados a su nombre o gritos dentro de su casa, suele oír que golpean la puerta y los utensilios de comida de la cocina.

Hipervigilancia: El paciente presenta mayor atención a ciertos estímulos que pueda advertirle de un posible peligro, pasa la mayor parte del tiempo en un estado reactivo pendiente a los acontecimientos de su entorno, esto suele pasarle en ciertos momentos durante la intoxicación.

Delirio persecutorio: El paciente poco después del consumo de la sustancia psicoactiva presentaba la creencia de que la policía iba a llegar a su casa para ingresarlo al centro de privación de libertad lo cual inquietaba significativamente al paciente, causándole un temor exagerado a la situación real que estaba pasando. También refiere que esto suele pasarle en ciertos momentos durante la intoxicación.

Hiperprosexia: El paciente presentaba una focalización alta a ciertos estímulos durante la entrevista que se presentó intoxicado. En ciertas ocasiones presentaba atención al dialogo con él y su esposa y rápidamente cambiaba el foco de atención a otros estímulos.

Lenguaje: Al momento de la intoxicación con la sustancia el paciente presentaba inhibición del habla lo que le hacía permanecer en silencio durante la mayor parte de la entrevista la esposa refiere que suele estar en ese estado hasta que los efectos de la sustancia disminuyen.

Aspecto emocional

A nivel emocional el paciente refería frustración por la problemática de salud sexual, en varias ocasiones se sentía menos valía como persona por no responder de manera satisfactoria en su actividad sexual, aunque también presentaba temor que, al no complacer a su pareja, preocupación de tipo que esta le pueda ser infiel o simplemente separarse de él a pesar que la pareja nunca tuvo la intención ni hablo con él acerca de la separación.

Baja autoestima, para el paciente es de mucha importancia desempeñarse satisfactoriamente en el ámbito sexual lo cual hacia que él se sintiera con baja autoestima, auto reprochándose por la dificultad que pasaba.

Sentimientos de frustración el paciente presenta este malestar de tipo emocional ya que al momento de la actividad sexual.

El paciente refiere un bajón emocional después de que han pasado las horas o a disminuido los efectos de la sustancia psicoactiva. Refiriéndose al bajón emocional presenta por durante 12 horas un estado melancólico. Lo contrario a lo que pasa cuando está en un estado de intoxicación que el sentimiento momentáneo es euforia.

Aspecto social

El paciente tiene problemas familiares ya que estas perciben de manera negativa el consumo de la sustancia psicoactiva lo cual le reprochan durante y le piden que cese su consumo, ya que a los familiares le molesta y temen por el estado en el que se encuentra cuando consume. En el área laboral presenta problemas para cumplir con la puntualidad y muchas veces incumple con las fechas laborables. Para el Psicodiagnóstico nos basamos en los criterios del manual de diagnóstico de trastornos mentales quinta edición lo cual se llegó a que el paciente padece dependencia de cocaína, con disfunción sexual inducida por cocaína.

SOLUCIONES PLANTEADAS

El tratamiento que se le planteo al paciente no se enfocó en la problemática que llevo a consulta sino en darle solución la problemática que producía el trastorno eréctil lo cual era el consumo de sustancias psicoactivas dado. El consumo problemático de sustancias psicoactivas no es fácil de tratar y las recaídas se suelen pasar a varias personas que están intentando dejar el consumo. Por este caso se utilizó el modelo transteórico de cambio de Prochaska y Diclemente.

Dada a la evidencia científica que tiene el modelo transteórico de cambio se decidió llevar a cabo este modelo para disminuir para preparar al paciente al cambio y que este pueda disminuir o absteneterse totalmente del consumo de esta sustancia. Para llevar a cabo este modelo se esperó a tener el diagnóstico.

En primer lugar, se planteó la detención del consumo de sustancias psicoactivas específicamente la cocaína ya que esa era la sustancia que le llevo a dar problemas en el área sexual. Se recomendó al paciente que durante una semana se abstenga de consumir ya que el refirió no tener problemas con ninguna sustancia y que se le hacía fácil dejar el consumo, así que se optó por ponerlo a prueba.

Ya que el paciente no tenía conciencia de que el consumo de sustancias psicoactivas estaba deteriorando varias áreas de su vida, lo que es normal que suceda en estos casos se procedió a aumentar la conciencia y ayudarlo a pasar de estar pre contemplando su problemática a contemplarla a través de psicoeducación. El aumento de conciencia influye a que el paciente se dé cuenta de los problemas que se asocian al consumo de sustancias psicoactivas en este caso el deterioro en el área sexual del paciente, incluso las consecuencias negativas reflejadas en el ámbito familiar y laboral.

Para seguir reforzando el cambio se opta por la clarificación de valores lo que permite que el paciente pueda detectar el cambio que tiene en su forma de ser el consumo de las sustancias psicoactivas y por otra parte que el paciente pueda tener claro los beneficios que puede obtener si disminuye o deja el consumo en este caso el primer beneficio es la mejora del desempeño sexual con su pareja.

Para evitar sentimientos de frustración se optó por ayudarlo al paciente a desarrollar habilidades para solucionar los problemas de la vida cotidiana enfocándonos en el aspecto familiar y laboral donde solía tener la mayor cantidad de conflictos en el ámbito social. El ámbito laboral es la fuente única de sustento para su familia lo cual es indispensable que la

responsabilidad de el paciente sea continúa debido a eso se acordó con el paciente una planificación de actividades e identificar las situaciones que podrían influir a que el no cumpla con su responsabilidad.

Establecer metas a corto plazo es un aspecto importante para el cambio del paciente ya que se busca en dar sentido a vivir una vida sin consumir sustancias psicoactivas. El enfoque de estas metas va en sentido a que el encuentre actividades que no tengan correlación con el consumo de sustancias para que estas no influyan de cualquier manera en él.

Las técnicas para disminuir los niveles de ansiedad son de suma importancias ya que al principio cuando se está disminuyendo o cesa el consumo de sustancias psicoactivas, el dependiente llegar a tener deseos por consumir o llegar al estado eufórico que deja este consumo. La relajación cognitiva consistió en que el paciente empiece a respirar profundamente por un lapso de tiempo y que empiece a imaginar un lugar muy tranquilo y acogedor y que este le resulte relajante y se le recomendó que practicara esta técnica dos veces por semana.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El paciente presentó una disminución del consumo de sustancias psicoactivas desde el momento en que empezó el proceso psicoterapéutico individual y las visitas a los grupos de apoyo. El modelo transteórico de cambio de Prochaska y Di Clemente se adaptó de manera satisfactoria a la problemática pasando el paciente de consumir 6 días a la semana a pasar su primera semana sin consumir en las primeras 3 sesiones.

Se identificó en primera instancia en qué fase de consumo estaba pasando el paciente y se identificó debido al tiempo, frecuencia, cantidad de consumo, síndrome de abstinencia que el paciente se encontraba en la fase de dependiente de la sustancia psicoactiva.

La familia como factor protector jugó un papel importante en el avance del tratamiento brindándole apoyo, comprensión y motivación. La esposa del paciente como familiar más cercano sirvió como coterapeuta para ayudar en el cuidado y en la realización de las tareas asignadas para la casa.

La técnica “aumento de consciencia” influyó durante todo el proceso psicoterapéutico brindándole al paciente una perspectiva real sobre su problemática. Al paciente estar en el estadio preconsciente el aumento de consciencia influyó como factor principal al pasar de un estadio a otro.

Para poder darle un tratamiento correcto al paciente primero se identifica en qué fase se encuentra la problemática de consumo. No se puede darle el mismo tratamiento a una persona que abusa de la sustancia psicoactiva a una persona que es dependiente de la sustancia. Ya que el deterioro biológico, psicológico, emocional y conductual no es el mismo. Y mayormente las personas con dependencia suelen ser internados en los centros especializados en la problemática de consumo de sustancias lo cual es necesario la supervisión profesional constante en los primeros momentos del internamiento debido al síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia juega un papel fundamental para el diagnóstico del paciente dependiente. A pesar que existe una variedad de síntomas cuando se interrumpe o disminuye la cantidad de consumo de sustancia psicoactivas. La mayoría de las sustancias provocan síndrome de abstinencia de tipo psicológico y otras también de tipo físico.

El paciente incluso con estar presentando alteraciones y dificultades en varias áreas de su vida y en gran magnitud su área sexual se le dificultaba relacionarlo con el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, cuando el paciente llega a tener conciencia del

deterioro que esta causa influye potencialmente en que el paciente deje rápidamente el consumo.

Cuando el paciente ha empezado a dejar y mantenerse en abstinencia es muy importante en el proceso psicoterapéutico es que el paciente evite a toda costa la recaída. Ya que en ella el paciente puede aumentar en mayor cantidad el consumo y la frecuencia haciendo que las alteraciones en el área sexual vuelvan a repetirse. Y existe la posibilidad de que el paciente pase de la fase de abuso a la fase de dependencia. Así mismo también influyendo a que el paciente pierda credibilidad en el proceso psicoterapéutico.

La recaída de una persona que está empezando el proceso para dejar el consumo de sustancia es común y suele suceder lo cual no significa que el modelo no funciona, sino que la recaída implica un mayor compromiso por parte de psicoterapeuta y el paciente para evaluar las estrategias que se están utilizando, determinando así que técnicas se deben de reforzar.

Es necesario que el paciente desarrolle técnicas para evitar la recaída así mismo por el comienzo del proceso evitar lugares que el paciente asocie con el consumo de sustancias.

BIBLIOGRAFIA

- A, A. (2014). *Uso de los métodos anticonceptivos en jóvenes desde la perspectiva de género: una. Nezahualcóyot.*
- Anaya L, G. D. (2017). *Comportamiento sexual de riesgo y búsqueda de sensaciones en estudiantes adolescentes de educación media de una institución educativa distrital.* Buenaventura.
- Association, A. P. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.*
- Bahamóm M, V. M. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes. *Psicología desde el Caribe*, 34.
- Becoña Iglesias, E. &. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.*
- Boluda, R. M. (2016). *Salud sexual y reproductiva.* Pearson.
- Calleri, C. F. (2021). *Prevalencia de disfunciones sexuales en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que asisten a la Unidad de Prevención Secundaria (UPS) del Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela" desde el 1º enero al 1º de septiembre del 2021.*
- Casas, M. B. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos.* J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez.
- Figueroa L, F. L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto. *Revista Scielo*, 22.
- Guerri, C. (2012). Bioquímica de las adicciones. *DOSSIER CIENTÍFICO*, 1-7.
- Institucional, E. d. (2012). Sexualidad Responsable. *e-Bienestar.*
- José P. Alfonso, T. B.-M. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *anales de psicología*, 330-338.
- Monge, M. S. (6 de Noviembre de 2020). *Cuidate Plus* . Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/urologicas/impotencia-disfuncion-erectil.html>
- Palomo, S. L.-A. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 568-573.
- Paton, S. K. (1997). *Depressive mood and illegal drug use: A longitudinal analysis.* Journal of General Psychology.
- Rizo M, V. A. (2011). *Estrategias docentes de enfermería para el abordaje de la sexualidad, la.* Alicante.
- Roberts, R. E. (2007). *Comorbidity of substance use disorders and the other.* Drug and Alcohol Dependence.
- S, C. (2008). *LA PREVALENCIA DE LAS PREOCUPACIONES, LOS PROBLEMAS Y LAS DISFUNCIONES SEXUALES.* Montevideo.

ANEXOS

Ficha de registro de observación directa

Nombre: J.E.C.P

Sexo: Masculino **Edad:** 30 años

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo 24 de octubre de 1992

Instrucción: Básica

Tiempo de Observación: 40 min

Nº ficha: 1

Paciente llega a consulta debido a una problemática de tipo sexual lo cual se prosiguió a realizar las respectivas evaluaciones durante las sesiones, en este caso se relecta información desde el momento que ingreso a consulta hasta el final.

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

Paciente llega a consulta con buen aspecto físico y con un buen cuidado personal.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE

El paciente presente abierto a las indicaciones, no presenta ningún tipo de resistencia.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

Paciente cooperativo de principio a fin.

I. COMENTARIO:

El paciente se mostró participativo durante toda la entrevista y con buena predisposición para trabajar en la problemática.

Nombre: J.E.C.P

Sexo: Masculino **Edad:** 30 años

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo 24 de octubre de 1992

Instrucción: Básica

Tiempo de Observación: 40 min

Nº Ficha: 2

Paciente llega a consulta debido a una problemática de tipo sexual lo cual se prosiguió a realizar las respectivas evaluaciones durante las sesiones, en este caso se relecta información desde el momento que ingreso a consulta hasta el final.

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.4 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

Paciente llega a consulta con buen aspecto físico y vestimenta un poco descuidada.

2.5 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE

Llega a consulta acompañado de su esposa.

2.6 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

Paciente a diferencia de la sesión anterior paso la mayor parte del tiempo en silencio, inquieto, cuando intervenía no respondía a con coherencia a las preguntas que se le hacía.

II. COMENTARIO:

Se encontró que el paciente llego a consulta en un estado de intoxicación por sustancias psicoactivas.

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 009

FECHA: 25/08/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: J.E.T.P

EDAD: 30 Años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Babahoyo, 24 octubre de 1992

GÉNERO: Masculino
libre

ESTADO CIVIL: Unión

RELIGIÓN: No refiere

INSTRUCCIÓN: Primer Nivel
de Maquinarias Pesadas

OCUPACIÓN: Operador

DIRECCIÓN: Babahoyo, Ciudadela “el Mamey”

TELÉFONO: Ninguno

REMITENTE: Departamento de medicina general

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente masculino es referido por el departamento de medicina general ya que últimamente ha presentado problemas en el área sexual.

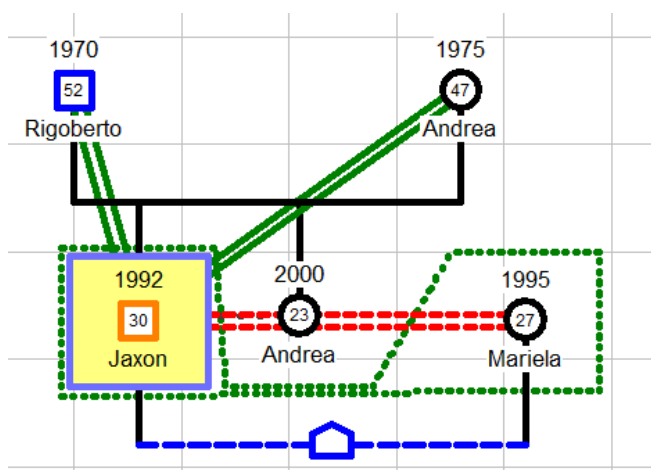
3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El paciente refiere que desde hace 6 años ha presentado problemas para llevar a cabo una relación coital con su pareja de manera satisfactoria. Refiere que en el último mes solo ha podido tener una erección cada semana. Suceso que ha hecho que presente frustración ya que refiere que él podía mantener relaciones coitales con normalidad. Refiere también que la problemática ha sido más recurrente en el último mes. Refiere que su primera vez fue a los 24 años de edad, estaba con su pareja y no pudo llegar a tener una erección. Refiere que siente temor ya que en varias ocasiones ha escuchado que esta problemática puede hacer que su pareja se separe de él. El evaluar si el paciente consume algún tipo de sustancia psicoactiva el paciente refiere que no, que no está utilizando. En otras sesiones el paciente llega con su esposa, lo cual refiere lo contrario, que el paciente desde hace 6 años consume sustancias psicoactivas específicamente cocaína y refiere que desde que empezó el consumo de sustancias psicoactivas empezó también su problemática de salud sexual. Refiere que al principio solía consumir en pocas cantidades y que el problema para tener relaciones coitales solo duraba mientras le duraban los efectos de la sustancia. El paciente refiere que no tiene problemas con la sustancia, y que solo consume de manera recreativa. Refiere que la primera

vez que consumió fue cocaína fue a la edad de 24 años con sus amistades y que ese día quiso tener relaciones coitales con su esposa y no pudo. Al siguiente día ya sin los efectos de la sustancia pudo realizarlo con normalidad. Refiere también que el consumo de esa sustancia ha ido en aumento pero que aún él puede controlarlo. El consumo de sustancias también ha hecho que tenga dificultades para conciliar el sueño. Refiere también que durante el periodo de intoxicación suele escuchar sonidos, pero al ir a confirmar no existía fuente de dónde provenía dicho sonido. También refiere que el paciente suele pasar la mayor parte del tiempo con temor que lleguen a su casa la policía o que lleguen personas a querer intentar hacerle algo que atente con su integridad.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

4.1. GENOGRAMA (COMPOSICIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR).



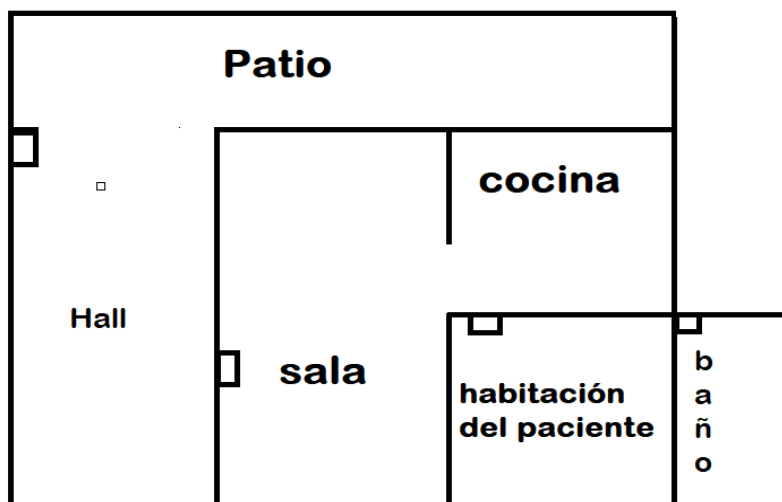
4.2. TIPO DE FAMILIA

El paciente pertenece a una familia nuclear sin hijos.

4.3. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES.

El padre tuvo problemas con abuso de sustancias

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

El paciente refiere que su madre no tuvo ningún tipo de inconvenientes durante su embarazo.

No refiere problemas específicos durante su etapa de desarrollo.

6.2. ESCOLARIDAD

Paciente refiere que su ingreso a la escuela fue a los 5 años de edad, sus calificaciones no eran buenas, tenía problemas para desempeñarse de manera satisfactoria en la escuela. La relación es muy buena con los compañeros y profesores. Solo culminó la primaria.

6.3. HISTORIA LABORAL

Paciente refiere que trabajó desde los 12 años, después que terminó la primaria se dedicó a ayudar a su padre que trabajaba conduciendo cosechadora de arroz, labor que desempeña hasta la actualidad.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

El paciente refiere que durante su vida no ha presentado problemas para adaptarse a las exigencias de la sociedad ni problemas con la autoridad.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE

Refiere que actualmente en su tiempo libre se dedica al deporte.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Refiere que presenta dificultades para lograr o mantener una erección.

6.7. HÁBITOS (CAFÉ, ALCOHOL, DROGAS, ENTRE OTROS)

Consumo de cocaína

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Durante el último mes ha presentado dificultades para conciliar el sueño. Presenta bajo apetito.

6.9. HISTORIA MÉDICA

No refiere

6.10. HISTORIA LEGAL

No presenta antecedentes penales

6.11. PROYECTO DE VIDA

A largo plazo desea adquirir una finca.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA

Paciente llega a consulta con buen cuidado personal, vistiendo de manera acorde a la cita, a perfumado y sin indicadores de descuido personal. Presenta una actitud calmada y cooperativa a las durante toda la entrevista.

7.2. ORIENTACIÓN

Paciente orientado en espacio y tiempo.

7.3. ATENCIÓN

Hipervigilancia

7.4. MEMORIA

no presenta alteración

7.5. INTELIGENCIA

No presenta alteración

7.6. PENSAMIENTO

Fuga de ideas, deterioro en la capacidad del juicio

7.7. LENGUAJE

Balbuqueo repentino.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Agitación psicomotora

7.9. SENSOPERCEPCION

alucinaciones auditivas

7.10. AFECTIVIDAD

Euforia, frustración

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Juicio desviado de la realidad

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Anosognia para el consumo de sustancias

7.13. HECHOS PSICODRAMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS

No presenta

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Dast 10

Inventario breve de la función sexual

Índice internacional de la función eréctil

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

FUNCIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS
COGNITIVO	preocupación, fuga de ideas, hipervigilancia, delirios, hiperprosexia, mutismo, pensamientos negativos, autorreproches.
AFECTIVO	Frustración, miedo, euforia, disforia, baja autoestima
CONDUCTA SOCIAL ESCOLAR	- consumo de sustancias psicoactivas, deterioro en el ámbito familiar y laboral.
SOMÁTICA	bajo apetito, pérdida de peso

9.1. FACTORES PREDISPONENTES:

Padre consumidor de sustancias psicoactivas

9.2. EVENTO PRECIPITANTE:

Sentido de pertenencia

9.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

6 años

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

F 14.281 dependencia de cocaína, con disfunción sexual inducida por cocaína.

11. PRONÓSTICO

Reservado

12. RECOMENDACIONES

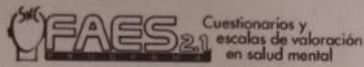
Detención del consumo de sustancias psicoactivas

visitas de grupo de apoyo

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Modelo transteórico de cambio

TEST PSICOLÓGICOS



IIEF-5

Identificación Fecha

Cada pregunta tiene cinco respuestas posibles. Marque con un círculo aquella que mejor describa su situación en los últimos 6 meses. Por favor, asegúrese que escoge una única respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cómo clasificaría su confianza en poder conseguir y mantener una erección?

- 1 Muy baja 2 Baja 3 Moderada 4 Alta 5 Muy alta

2. Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?

- No he tenido actividad sexual
 1 Nunca / casi nunca
 2 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 3 A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
 4 La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 5 Casi siempre / siempre

3. Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

- No he realizado el acto sexual
 1 Nunca / casi nunca
 2 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 3 A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
 4 La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 5 Casi siempre / siempre

4. Durante el acto sexual, (qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?)

- No he realizado el acto sexual
 1 Extremadamente difícil
 2 Muy difícil
 3 Difícil
 4 Ligeramente difícil
 5 No difícil

5. Cuando intentó el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?

- No he realizado el acto sexual
 1 Nunca / casi nunca
 2 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 3 A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
 4 La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 5 Casi siempre / siempre

* *Acto sexual*: se define como la penetración de la pareja.

* *Estimulación sexual*: incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etc.

TOTAL:

Name: _____

Date: _____

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas **excluyendo alcohol y tabaco** durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es "No" o "Si". Después, marque el casillero apropiado junto a la pregunta.

Cuando la palabra "abuso de drogas" es usada, esta se refiere al uso de medicinas compradas con receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas pueden incluir: cannabis (marihuana, hashis), solventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas **no incluyen** alcohol o tabaco.

Por favor responda cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

Estas Preguntas Están Referidas a los Últimos Doce Meses:	No	Si
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Ud. abusa más de una droga a la vez?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es Ud. capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido "perdidas de conocimiento" o una "memoria repentina" como resultado del uso de drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejó de usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>