



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA (REDISEÑADA)



DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

PROBLEMA:

INCIDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA SALUD MENTAL DE UN ADOLESCENTE DE 23 AÑOS DE EDAD DEL RECINTO SABANETILLAS DEL CANTON ECHEANDIA.

AUTOR:

NAVARRETE GAMARRA DIBE ALEJANDRO

TUTOR:

MSC. ARREAGA QUINDE ANDRES FERNANDO

BABAHOYO – 2023



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA (REDISEÑADA)



RESUMEN

El consumo es una problemática que afecta a niños, adolescentes y adultos y con el pasar del tiempo esta afectación crece de manera progresiva. Ecuador tiene una de las tasas de abuso de drogas más altas de América Latina, con una tasa de prevalencia del 51%; siendo uno de los países de mayor afectación en esta problemática, sin embargo este fenómeno afecta a nivel mundial. Por este motivo, se realizó el presente estudio de caso con la finalidad de analizar la Incidencia del consumo de drogas en la salud mental de un adolescente de 23 años de edad del recinto Sabanetillas del cantón Echeandía, y brindar métodos psicológicos que aporten a la vida de los jóvenes consumidores siendo esto un apoyo para mejorar su calidad de vida.

Esta investigación se llevó a cabo por medio de la metodología de investigación cualitativa, la investigación cualitativa ayudo a la descripción y categorización de las palabras, frases e ideas comunes en los datos cualitativos, que arrojaron información que permitió comprender y analizar tal realidad. Los métodos utilizados son: clínico y psicométrico. En consiguiente las técnicas utilizadas fueron: entrevista estructurada, observación clínica, historia clínica, test de ansiedad de Hamilton, test de depresión de Beck, la Escala de Estrés Percibido, Escala Assist V3.0 y test Dast 10.

Los resultados de la presente investigación nos dieron como resultado un cuerdo diagnóstico de acuerdo a lo dicho por el DSM-5 la cual se trata de un trastorno depresivo, por consumo de otra sustancia (o desconocida). Las sintomatologías del paciente por el consumo de droga fueron una influencia en la salud mental del adolescente de 23 años, causando signos y síntomas que cambiarían su vida y alterarían los ámbitos importantes en su vida.

Palabras clave: trastorno, salud mental, consumidores, síntomas.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA (REDISEÑADA)



ABSTRAC

Consumption is a problem that affects children, adolescents and adults and over time it is a progressive problem. Ecuador has one of the highest levels of drug abuse in Latin America, with a prevalence of 51%; If one of the countries is the most affected by this problem, the embargo is still affected globally. For this reason, this case study was carried out with the objective of analyzing the incidence of drug consumption on the mental health of a 23-year-old adolescent from the state of Echeandía Canton, and provided the psychological methods that led to the lives of consumers. young people this is an opportunity to improve their quality of life.

This research is based on the methodology of cultural research, qualitative research follows the description and categorization of common words, phrases and ideas in qualitative data, which provides information that allows us to understand and analyze reality. The methods used are: clinical and psychometric. The following techniques are used: structured interview, clinical observation, clinical history, Hamilton Anxiety Test, Beck Depression Test, Perceived Scale Test, Assist Scale V3.0 and Dast 10 test.

The results of this investigation were reported to be a diagnostic report that was detected by the DSM-5 and that was caused by a depressive disorder, due to the consumption of other (or unknown) substances. The patient's symptoms of drug use influence the mental health of a 23-year-old girl, causing signs and symptoms that change her life and alter important conditions in her life.

Keywords: trauma, mental health, consumers, symptoms.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA (REDISEÑADA)



INDICE

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	2
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	3
4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	3
5. MARCO CONCEPTUAL.....	4
5.1 CONSUMO DE DROGAS.....	4
5.1.1 CLASIFICACION DE LAS DROGAS SEGÚN SU EFECTO.....	4
5.1.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ESTADO LEGAL.....	5
5.1.3 CAUSA Y FACTORES DE RIESGO EN EL CONSUMO DE DROGA.....	6
5.1.3.1 FACTORES DE RIESGO FAMILIARES.....	7
5.1.3.2 FACTORES DE RIESGO SOCIALES.....	7
5.2 SALUD MENTAL.....	7
5.2.1 IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL.....	8
5.2.2 PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	8
5.2.3 PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	9
5.2.4 ESTRATEGIAS PARA FORTALECER LA SALUD MENTAL.....	9
5.2.5 COMO AFECTA LAS DROGAS EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL.....	10
5.2.5 ENFERMEDADES CARDÍACAS.....	10
6. MARCO METODOLÓGICO.....	12
Técnicas e instrumentos de medición.....	12
7. RESULTADOS OBTENIDOS.....	15
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	21
9. CONCLUSIONES.....	23
10. RECOMENDACIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS.....	27

CONTEXTUALIZACIÓN

1. Planteamiento del problema

La presente investigación se orienta a determinar la Incidencia del consumo de drogas en la salud mental de un adolescente de 23 años de edad del recinto Sabanetillas del cantón Echeandía. Para esto también se describen conceptos generales sobre el consumo de drogas, y la salud mental.

Contexto internacional

Actualmente la población de personas consumidoras cada vez es más se estima que alrededor de 275 millones de personas son las que consumen algún tipo de droga en el mundo, y más de 36 millones de personas han sufrido algún trastorno por ingerir droga, siendo publicado por las naciones unidad contra la droga y el delito (UNOCD, 2015).

Contexto Nacional

Ecuador tiene una de las tasas de abuso de drogas más altas de América Latina, con una tasa de prevalencia del 51%; mayor que en Chile, Uruguay y Perú (Loor, 2018).

Según el informe de (CONSEP, 2005), este fenómeno ha cambiado drásticamente entre los jóvenes, que se encuentran entre los usuarios más frecuentes de estas sustancias tóxicas.

El 60,7% de la población consumió drogas por primera vez entre los 15 y 19 años. Durante la adolescencia y la juventud, cuando el cuerpo humano está en proceso de maduración, las consecuencias de la adicción a las drogas pueden ser catastróficas para la salud y la calidad de vida de una persona. Se ve interrumpido por sustancias tóxicas externas, que no siempre se pueden rechazar, especialmente si hay tendencia a aumentar (Montero, 2020).

Contexto Local

En la sierra ecuatoriana donde hace relación a la provincia de Bolívar, se identificó un asevero de consumo de drogas del 42%, donde la mayoría de las personas afectadas fueron los estudiantes de unidades educativas, siendo la marihuana la droga más fácil de conseguir por parte de los afectados, a pesar que los ministerios de educación siguen realizando campañas de prevención, y control. Sigue existiendo un gran índice de personas consumidora (TELEGRAFO, 2017).

2. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso se desarrolló con el fin de analizar la incidencia del consumo de drogas en la salud mental de un adolescente de 23 años de edad del recinto Sabanetillas del Cantón Echeandía debido a que la problemática del consumo de sustancias en niños, jóvenes y adultos desde tiempos pasados a tiempos de la actualidad aumentan constantemente siendo un peligro considerable provocando así un déficit en las funciones mentales y físicas de los individuos que la consumen; es debido a esto que es importante analizar el caso con la finalidad de obtener la información del surgimiento de la problemática; aportando un amplio abordaje terapéutico con la finalidad de reducir y prevenir afectaciones a futuro.

Este caso es importante para la implementación porque conduce y tiene un impacto negativo importante en la sociedad y causa daños a la salud. Independientemente de la edad o el sexo, se debe observar el desarrollo y la función normal que tiene el individuo. También es trascendental porque permite brindar información sobre métodos psicológicos. Por ejemplo: intervención, investigación, diagnóstico y tratamiento basados en psicoterapia. Comportamiento cognitivo que puede ser útil en el desarrollo de casos similares.

El paciente se beneficiará primero porque aprenderá cosas nuevas, se explica cómo construir una defensa basada en alternativas que reduzcan los síntomas ante las medidas psicológicas para frenar el consumo, mejorar cada vez su calidad de vida. Por otro lado, serán beneficiarios directos los familiares del paciente y los beneficiarios indirectos, toda la comunidad académica que quisiera beneficiarse de la información recomendada en este caso.

El presente caso del adolescente de 23 años es factible porque se cuenta con la disponibilidad de colaboración voluntaria del paciente y todos los recursos pertinentes psicológicos para una correcta ejecución como: Observación clínica, entrevista semiestructurada, batería psicológica, que complementa la historia clínica completa del paciente; también acceso a teorías bibliográficas que permiten un examen más profundo en campos científicos que se argumentan durante la investigación del caso.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Determinar la incidencia del consumo de drogas en la salud mental de un adolescente de 23 años de edad del recinto Sabanetillas del cantón Echeandía.

Objetivo específico

Describir el consumo de drogas en la salud mental de un adolescente de 23 años de edad del recinto Sabanetillas del cantón Echeandía.

Caracterizar la salud mental de un adolescente de 23 años de edad del recinto Sabanetillas del cantón Echeandía.

Analizar la incidencia del consumo de drogas en la salud mental de un adolescente de 23 años de edad del recinto Sabanetillas del cantón Echeandía.

4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente caso tiene una línea de investigación clínica y forense, y sublinea procesos de cambio y problemas asociados con conductas adictivas. Tienen relación debido a que la presente investigación se basa en conocer la incidencia que tiene el consumo de drogas en la salud mental y es factible consecuentemente a su plena relación con la misma.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 Consumo de drogas

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), las drogas son sustancias medicinales o no medicinales que, al ser introducidas en el cuerpo humano, producen ciertos cambios en la función natural del sistema nervioso central del individuo; también son propensos a la adicción, ya sea psicológica, física o ambas.

Conocemos como consumo de drogas a una causa frecuente de ingerir sustancias estupefacientes por una persona que provoca alteraciones en la conducta, esto lo vinculamos con un trastorno que afecta el cerebro y el comportamiento de una persona, lo que resulta en una incapacidad para controlar el uso de drogas.

La marihuana, al igual que otras drogas ilegales, una vez que te vuelves adicto, puedes seguir consumiéndola a pesar del daño que causa, porque las personas que usan ciertas drogas o sustancias controladas pueden desarrollar uno o más problemas de salud, que pueden incluir diversas enfermedades. Una de las formas más efectivas de detectar los efectos nocivos del consumo de drogas es mediante radiografías de tórax y análisis de sangre.

5.1.1 Clasificación de las drogas según su efecto

Según Souza Et. At (1997), la cual determina que los fármacos pueden tener efectos estimulantes o depresores de las funciones del sistema nervioso central (SNC), “provocando ya sea efectos sedantes o de alertamiento en mayor o menor medida.

En este sentido, se puede clasificar las drogas en depresoras, estimulantes o alucinógenas:

a) Depresoras: estos fármacos se unen a los receptores y bloquean o inhiben. Su función, se denominan sustancias depresoras del sistema nervioso porque pueden causar efectos como reducción del estado de alerta, porque pueden tener consecuencias como disminución de la vigilancia. Hacen que la gente se sienta ansiosa porque pueden tener consecuencias como una disminución de la vigilancia. Tener efectos negativos, como bajar la vigilancia sobre las cosas, lo que genera ansiedad en la gente.

b) Estimulantes: estas drogas, tras unirse a receptores, tienen los siguientes efectos: Simulan o mejoran la funcionalidad del transmisor. También bloquean Inhibe o produce excitación neuronal directa. Estimulan el sistema nervioso porque cambian el estado de ánimo, causa euforia, aumenta el estado de alerta, reduce la fatiga, produce sensación de energía, reducen el apetito y previenen el aburrimiento. Algunos de sus efectos secundarios pueden

incluir inquietud, insomnio e irritabilidad. Los estimulantes incluyen la cocaína y las anfetaminas.

c) Alucinógenos: son sustancias naturales o producidas químicamente, para cambiar la percepción, el pensamiento, la orientación y la memoria, y de alguna manera. Estas drogas producen un comportamiento similar al comportamiento observado mentalmente enfermo. Los efectos de los alucinógenos suelen notarse alrededor de los veinte .o treinta minutos después de la ingestión. Anteriormente se llamaban psicodélicos. Algunas de estas drogas incluyen: LSD y el grupo de los cannabinoides. (Por ejemplo, marihuana).

5.1.2 Clasificación según el estado legal

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional Enfermedades, CIE-10, clasifica los medicamentos basándose en esto Los trastornos mentales y conductuales resultantes (citados en Souza et Machorro, M.; Guisa, V.; Barriga, LD; y Sánchez, R., 1997). La clasificación de las drogas que propone la CIE-10 son:

- a) Alcohol etílico
- b) Opiáceos
- c) Marihuana
- d) Sedantes, Hipnóticos y Ansiolíticos
- e) Cocaína
- f) Anfetamínicos (Simpaticomiméticos)
- g) Cafeína (Xantinas)
- h) Alucinógenos
- i) Fenilciclidina, PCP
- j) Nicotina (Tabaco)
- k) Disolventes volátiles.

Marihuana

Cannabis sativa es la planta de cáñamo. Cuando lo haces la planta contiene principalmente hojas y unidades florales con resina (que Parece perejil seco mezclado con el tallo y puede contener semillas), se llama "marihuana". "Hachís" (se pronuncia hachís o hachís) es resina de cáñamo (parece tortas marrones o negras). Ambos generalmente se fuman o se comen ocasionalmente y pueden causar dependencia psicológica (NIDA, 2019).

Puede ocurrir un comportamiento incontrolado después de la ingestión, Puede reducir las tardanzas, los trastornos del estado de ánimo y el apetito aumentar. Si una persona fuma pases de marihuana y TCH rápidamente pasa a los pulmones y a la circulación sanguínea, la

sangre luego lleva sustancia química al cerebro y otros órganos del cuerpo. Si la persona ingiere o bebe THC, el cuerpo lo absorbe más lento. En este caso los efectos suelen ser notables entre 30 y 60 minutos después de consumir la droga.

Cocaína

Según NIDA,(2022.), La cocaína es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro. La cocaína ha sido llamada la droga de los años ochenta y noventa por su gran popularidad y uso extendido en esas décadas. Sin embargo, no es una droga nueva. En realidad, la cocaína es una de las drogas que se conoce desde hace más tiempo. Las hojas de la coca, de donde se obtiene la cocaína, se han ingerido por miles de años, mientras que la sustancia química pura, el clorhidrato de cocaína, se ha consumido por más de 100 años. A principios del siglo XX, por ejemplo, la cocaína purificada se convirtió en el principio activo básico que se empleaba en la mayoría de los tónicos y elixires creados para tratar una gran variedad de enfermedades.

La cocaína produce un estimulante muy fuerte. Y una sensación de euforia. Además es normal provoca un aumento temporal de la agudeza sensorial y los niveles de energía, y Por ejemplo, pérdida temporal de apetito y fatiga.

En cuanto a sus efectos psiquiátricos, tanto su uso agudo como a largo plazo, es causa y contribuyente al desarrollo de síntomas de ansiedad, obsesiones, ideas paranoides, síntomas psicóticos y delirios.

El consumo de cocaína se asocia a menudo con trastornos psiquiátricos comórbidos y el uso de otras sustancias tóxicas.

5.1.3 Causa y factores de riesgo en el consumo de droga

Según Climent y M., (1990), Los factores de riesgo son condiciones, circunstancias y características que aumentan la probabilidad de que los jóvenes usen o abusen de drogas. Estos factores tienen un efecto acumulativo: cuanto mayor es el número, mayores son las posibilidades de adicción.

Por lo tanto, en las condiciones anteriores, Climente y Guerrero M. (1990) señalaron que los factores de riesgo no pueden considerarse como causas directas de los problemas, sino sólo como factores que aumentan la probabilidad de que ocurra un problema. Por ello, a la hora de identificar este fenómeno entre los adolescentes, debemos evitar el doloroso sentimiento de “fracaso”, tratarlo con calma e interpretar su existencia como una señal de alerta que enfatiza la necesidad de prestar especial atención a su gestión y supervisión.

5.1.3.1 Factores de riesgo familiares

Según Barroso, (1997.), plantea que el desarrollo se hace en la familia. Primer centro de contactos. Dentro del triángulo familiar todo sucede y todo lo que ocurre es importante, es donde se realizan los procesos más importantes que definirán la personalidad del individuo, tales procesos son: ubicación, identificación, socialización y relación. Es decir en la medida que estos procesos queden bien definidos en cada persona el individuo podrá desarrollar un mejor estilo de vida ya que, a través de la estructura familiar, el individuo adquiere los primeros modelos de identificación y las pautas de comportamiento social y cultural.

5.1.3.2 Factores de riesgo sociales

En términos de factores de riesgo social, Abuso de sustancias, se podría decir que existen varios factores que estimulan el consumo personal, Entre ellos tenemos un grupo de amigos, amigos cercanos. Cuanto más fácil sea para los adictos conseguir drogas. Crisis de valores, falta de lugares de entretenimiento y alternativas. Todas estas condiciones de riesgo se analizan por separado para comprender mejor el peligro que algunas de ellas suponen para las personas.

5.2 Salud mental

La salud mental se refiere al bienestar mental, emocional y psicológico de las personas. La interacción social es tu capacidad para afrontar el estrés, es el potencial para poder comunicarse con los demás y tomar decisiones. En general, la salud mental es El equilibrio entre la persona y el entorno social y cultural que ayudara logros intelectuales, laborales, sociales y familiares para ayudar a alcanzar mejores metas. Bienestar y calidad de vida (Zapata, 2021.).

La salud mental implica el bienestar de los pensamientos, acciones y patrones de comportamiento de un individuo. La capacidad de regular las emociones ante diversas dificultades. Sin un buen ambiente, el funcionamiento psicológico a menudo puede verse afectado en la salud mental se tienden a desestabilizar a las personas mental y emocionalmente. Cuando existe un cambio en los patrones de pensamiento, se llama trastorno mental. Comportamiento y sentimientos que causan dolor y ansiedad al sujeto (Astudillo, 2021.).

En cambio Zapatier, (2018), sostiene que la salud mental “es un estado de bienestar en el que una persona puede realizarse, superar las tensiones normales de la vida, realizar un trabajo productivo y contribuir a la vida de su comunidad” (p.15). De acuerdo a esto la salud mental es la base de la satisfacción y bienestar que siente el sujeto y cómo funciona ante la comunidad.

El uso de drogas causa desestabilidad en la vida de los seres humanos, y omite la capacidad que tienen las personas para desempeñarse en cualquier función, omite la plena disposición de poder disfrutar y sentirse pleno, sintiendo la poca preocupación de esforzarse día a día por poder ser una persona contribuyente a la sociedad, inclusive los excluye de poder participar en actividades cotidianas con personas que los rodean.

5.2.1 Importancia de la salud mental

El Ministerio de Salud Pública, (2020.), afirma que sí existe buen funcionamiento de la salud mental el individuo va a poseer la capacidad para sobrellevar y afrontar las dificultades que surgen en la cotidianidad de la vida. Cabe resaltar que una persona con buena salud mental es consciente de la capacidad que tiene para desenvolverse en cualquier entorno y trabajar de forma productiva, asimismo es capaz de contribuir a la comunidad con acciones positivas.

Según Maslow, (1994), La salud mental en psiquiatría ha tenido durante mucho tiempo un alcance confuso y reducido a un espectro de enfermedades mentales. Puede extenderse fácilmente en el mismo sistema para verlo como un mecanismo de control y poder, luego en otro contexto exigir que sea visto como algo que se posee y que alguien más o alguien a cargo tienen la obligación de entregarlo o devolverlo. Independientemente de cómo se utilice o gestione, o qué factores sean relevantes para su implementación, mantenimiento y desarrollo. En este sentido la salud mental es entendida como un proceso activo de adaptación permanente, tanto a requerimientos del medio interno como a los requerimientos del medio físico y social.

5.2.2 Prevalencia de problemas de salud mental

La Conferencia salud mental, (2019.), informa que existe posible evidencia que sugiere que una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de enfermedad mental a lo largo de su vida. Por otro lado, el 12,5% de los problemas de salud son trastornos mentales. Se estima que el 50% de las enfermedades mentales comienzan a los 14 años y de este 50%, el 35% no recibe tratamiento.

Estos datos muestran los efectos negativos de la imperfección, el trabajo y la concentración que tiene el desarrollo la salud mental de las personas. Teniendo en cuenta que los niños o adolescentes pueden experimentar un proceso evolutivo, por eso esta patología subversiva, porque la gente no entiende y no valora el trabajo sanitario. Es importante crear conciencia sobre el impacto sin importarnos nuestra salud mental. También es importante que la sociedad se deshaga de los tabúes. La mediación se produce de forma negativa, lo que limita el interés en buscar ayuda profesional. Si es necesario, podemos reducirlo la escala actual es en relación a los diversos problemas que pueden surgir en los alrededores.

5.2.3 Problemas de salud mental

Cubren una amplia gama de trastornos mentales, pero existen algunos signos comunes que indican un problema de salud mental, uno de los cuales es que afecta la personalidad, las interacciones sociales y los procesos de pensamiento de una persona. Por otro lado, en algunos casos, es difícil diagnosticar la enfermedad de forma rápida y clara en comparación con las enfermedades físicas más comunes. Los síntomas de los trastornos mentales pueden superponerse, lo que significa que muchos síntomas pueden aparecer al mismo tiempo, lo que a menudo dificulta el diagnóstico. Los trastornos más comunes son: trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, depresión y trastorno de identidad disociativo (Campos., y Cassiani , 2018).

5.2.4 Estrategias para fortalecer la salud mental

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto un plan de acción para la prevención de la salud mental de 2015 a 2020. El plan propone que los gobiernos se comprometan a tratar la salud mental como un problema que afecta a sus economías. (Organización Mundial de la salud, 2013).

Este plan se alinearán con el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de Salud (2014-2019) y el Plan de acción integral sobre salud mental (2013-2020) de la Organización Mundial de la Salud, planteando las siguientes líneas estratégicas de acción:

- Formulación e implementación de políticas, planes y leyes en el área de la salud mental y promoción de esta, con el propósito de alcanzar una gobernanza adecuada y eficaz.
- Optimizar la capacidad para responder de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas que tengan que ver con la utilización de sustancias psicoactivas, con el propósito de otorgar en el ámbito comunitario una atención integral y de calidad.
- Confeccionamiento e implementación de programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, y de atención a los problemas que se relacionen con el uso del alcohol y otras sustancias, prestando atención al ciclo de vida.
- Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones.

Por otro lado, también se han establecido cuatro enfoques transversales: género, igualdad, raza y derechos humanos, teniendo en cuenta también las dimensiones ambiental, biológica, socioeconómica, cultural y de los sistemas de salud (Organización Panamericana de salud , 2014).

Por lo tanto, se deben tener en cuenta las circunstancias de vida y las necesidades específicas de cada género a la hora de prestar servicios de salud mental. Reconocer la etnicidad como una dimensión transcultural en los servicios de salud mental; requiere personas que

comprendan, respeten y trabajen con el conocimiento, la cultura y las creencias religiosas y las diferentes lenguas de las minorías étnicas, combinado con personal calificado.

5.2.5 Como afecta las drogas en la salud física y mental

El abuso de sustancias suele coexistir con otras enfermedades mentales. En algunos casos, la adicción puede preceder a un trastorno mental como ansiedad, depresión o esquizofrenia. En otros casos, el consumo de drogas puede provocar o empeorar estos trastornos de salud mental, especialmente en personas con determinadas vulnerabilidades.

Según NIDA., (2022.), el consumo de drogas afecta tanto físico como mental en el organismo de las personas entre los cuales los factores de riesgo que tienen mayor alcance en ser afectados son:

5.2.5 Enfermedades cardíacas

Problemas cardiovasculares. Estos problemas suelen ser causados por la aterosclerosis. Esto sucede cuando la grasa y el colesterol se acumulan en las paredes de los vasos sanguíneos (arterias)

Embolia

Una embolia pulmonar ocurre cuando un material, más comúnmente un coágulo de sangre, se acumula en las arterias pulmonares y bloquea el flujo sanguíneo.

Cáncer

El cáncer es una enfermedad en la que ciertas células del cuerpo se multiplican sin control y se propagan a otras partes del cuerpo. El cáncer puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo humano, que está formado por billones de células.

VIH o sida

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana) es un virus que ataca el sistema inmunológico del cuerpo. Si no se trata, el VIH puede provocar SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Una vez que esté infectado con VIH, será portador del virus por el resto de su vida.

Endocarditis

Una infección por bacterias, hongos u otros gérmenes. Los gérmenes ingresan en el torrente sanguíneo y se desplazan hasta el corazón. Una vez allí, se adhieren a las válvulas cardíacas dañadas o al tejido cardíaco dañado.

Ansiedad

Pensamientos o creencias ansiosos incontrolables: le hacen sentir incómodo y nervioso e interfieren con su vida diaria. No desaparecen y pueden empeorar con el tiempo.

Depresión

La depresión es una enfermedad caracterizada por tristeza persistente, pérdida de interés en actividades que normalmente disfruta e incapacidad para realizar las actividades diarias.

Trastorno de la conducta

Algunos eventos estresantes pueden causar problemas de conducta que son difíciles de manejar. Si estos problemas causan conflicto o afectan gravemente a una persona y le impiden funcionar con normalidad, lo llamamos trastorno de conducta.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Es un trastorno crónico (a largo plazo) común caracterizado por pensamientos (obsesiones) recurrentes e incontrolables que pueden hacer que las personas adopten conductas repetitivas (compulsiones).

6. MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

En esta investigación se trabajará de tipo descriptiva Según Sabino, (1992), La investigación de tipo descriptiva trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Para la investigación descriptiva, su preocupación primordial radica en descubrir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada.

Enfoque de Investigación

En esta investigación se trabajará la metodología de investigación cualitativa, la investigación cualitativa es una metodología de investigación con la cual se busca describir y categorizar palabras, frases e ideas comunes en los datos cualitativos, arrojan información que permite comprender y analizar esa realidad objeto de estudio para su posterior transformación.

Técnicas

Técnicas e instrumentos de medición

La técnica de investigación científica es un procedimiento típico, validado por la práctica, orientado generalmente —aunque no exclusivamente— a obtener y transformar información útil para la solución de problemas de conocimiento en las disciplinas científicas, usaremos la entrevista

Entrevista Semiestructurada

La entrevista es un método de recolección de datos primarios que consiste en preguntar a una o varias personas su opinión sobre un tema. Las entrevistas tienen un carácter cualitativo por lo que se centran en la experiencia personal

Observación clínica

Este método es muy utilizado por los psicólogos en intervenciones con pacientes, donde se recopila información de forma encubierta a través de la observación; El proceso de observación clínica es crucial en un caso determinado, ya que brinda la oportunidad de aclarar el diagnóstico y la supervisión psicoterapéutica de principio a fin.

Historia clínica

Es una herramienta de registro confidencial utilizada por los psicólogos para almacenar toda la información obtenida de los pacientes, desde los motivos de consulta hasta los resultados obtenidos durante la psicoterapia. Además, la historia clínica es un método que apoya a los psicólogos en el mantenimiento de la ética profesional. En este caso, se utilizó la historia clínica para documentar toda la atención del paciente, que incluyó todo el examen psiquiátrico.

Instrumentos

Existen diferentes instrumentos para recopilar información que se utilizan según el propósito, el diseño adecuado de estos instrumentos es esencial para llegar a conclusiones fiables y válidas, en este caso el Cuestionario Assit, Test Dast 10, Test de depresión de Beck, Test de Hamilton, Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS).

Cuestionario Assist V3.0

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) es la primera prueba de detección para todas las sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, y ayuda a los trabajadores de la salud a identificar el nivel de riesgo relacionado con cada sustancia consumida (Humeniuk RE, 2011).

Cuestionario Dast 10

El DAST-10 es un cuestionario de detección de abuso de sustancias de 10 ítems. La redacción de estos puntos se adapta al grupo juvenil. Las preguntas están diseñadas para identificar trastornos psicológicos y médicos en los jóvenes debido al consumo de drogas e identificar cuatro niveles de riesgo. Los puntos de interrupción se utilizan para identificar riesgos. (Bedregal, 2006)

Test de depresión de Beck

Inventario de depresión de Beck, segunda edición, BDI-II; es un instrumento auto administrado con 21 ítems. Está diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes mayores de 13 años (Beck, 1961).

La teoría cognitiva se basa en el hecho de que existe una conexión directa entre los sentimientos y pensamientos de una persona y, por tanto, influye en el comportamiento.

Test de Ansiedad de Hamilton

La prueba de depresión de Hamilton es una herramienta para evaluar la gravedad de la depresión. Con el objetivo ayudar a determinar la gravedad de los síntomas depresivos en pacientes diagnosticados. También determine si la condición del paciente cambia con el tiempo.

Evalúa la gravedad de la depresión, evaluar el impacto potencial del tratamiento (incluidos todos sus componentes) y detectar recaídas. De ello se deduce que la Escala de Depresión de Hamilton no establece un diagnóstico, sino que evalúa el estado actual de pacientes previamente diagnosticados con trastorno depresivo mayor (Hamilton, 1960).

Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS)

Esta escala mide la percepción del estrés psicológico, el grado en que las situaciones cotidianas se perciben como estresantes. Esta escala consta de una serie de preguntas directas que examinan el nivel de estrés experimentado durante el último mes (Cohen, 1983).

7. RESULTADOS OBTENIDOS

Desarrollo del caso

Paciente de 23 años de edad, proviene de un grupo de familia nuclear biparental, mantiene una relación normal con la hermana de 19 años, su madre de 56 años y su padre de 62 años que posee antecedentes de intento de suicidio y alcoholismo, con su madre tiene una mejor relación ya que entiende su adicción y lo deja sobrepasar. Nació en Echeandía el 19 de Agosto del 2000 con una instrucción de escolaridad estancada; se considera una persona conductualmente hiperactiva, debido a esto era derivado al departamento de consejería estudiantil (DECE) por presentar en el aula conductas disociativas que lo llevaban a tener múltiples personalidades. Para la correcta recolección de información del adolescente de 23 años de edad se llevó a cabo intervenciones psicológicas las cuales se pudo distribuir en cinco sesiones

Sesión N° 1

La primera sesión con el paciente se realizó el día Lunes 14 de Agosto del 2023 a partir de las 6:00h pm hasta las 7:00h pm; se inició la sesión teniendo como finalidad establecer un ambiente armónico con el paciente, seguido de preguntar la problemática que lo trajo a consulta manifestando lo siguiente:

“llevo dos semanas que mi visión y mis sentidos empezaron a desestabilizarse, últimamente me canso muy rápido y me siento decaído si es que no tengo droga para consumir, mi mama me encontró consumiendo marihuana dentro de mi cuarto, pero no me dijo nada hubiese querido que me dé un apoyo o que me aconseje”, Con respecto a lo que me conlleva acudir a consulta manifiesta “Que últimamente sus amigos que no consumen se están alejando de él y no quiere que su adicción sea un problema para los demás”.

Una vez que obtenemos el motivo de consulta del paciente se continuo a la recolección de información del cuadro psicopatológico actual presentando síntomas desde hace un mes aproximadamente como: nerviosismo, culpa, tristeza, filtraje selectivo, entre otros síntomas que causa el consumo de sustancias, al finalizar la sesión se estableció un acuerdo con el paciente para poder establecer sesiones con el fin de dar una solución a su problema.

Sesión N° 2

En la segunda intervención con el paciente se efectuó el día Viernes 18 de Agosto del 2023 a partir de las 6:00h pm hasta las 7:00h pm; tras dar un breve resumen de lo que se trató en la sesión anterior, se le explicó que se iba aplicar dos baterías psicológicas con la finalidad de obtener más información sobre su problemática de adicción, las pruebas aplicadas fueron la escala de Assist V3.0 para evaluar su grado de afectación en las drogas, y el cuestionario de

prueba de detección de drogas Dast-10, pruebas que nos llevaron a conocer una afectación de las drogas y causantes de algunos síntomas, una vez finalizada la prueba se procedió con más preguntas recolectando datos sobre la anamnesis y la exploración del estado mental; una vez finalizada la sesión se estableció una nueva cita para dar seguimiento al proceso en la próxima intervención; se informó al paciente que en la próxima sesión se aplicarían otros test para fundamentar los resultados presuntivos ya previstos.

Sesión N° 3

En la tercera intervención con el paciente desarrollada el Lunes 21 de Agosto del 2023 a partir de las 6:00h pm hasta las 7:00h pm; nuevamente se brindó un resumen del proceso que se llevaba realizando con la finalidad de saber cómo se sentía con las sesiones trabajadas respondiendo lo siguiente; *“me siento bien, porque aquí puedo hablar con libertad de lo que soy y me pasa, yo sé que necesito ayuda porque no quiero ser mal ejemplo para mis amigos ni para mi familia”*, con el relato del paciente se procedió a realizar una entrevista semiestructurada con la finalidad de conocer más acerca de él, también se realizó aplicar un nuevo test que ya estaba dispuesto desde la sesión anterior, la batería aplicada fue el test de depresión de Beck, con la intención de determinar qué nivel estaban los síntomas depresivos que menciono al principio y determinar los deterioros en función al desarrollo personal los cuales no pudo manifestar verbalmente. Durante esta misma sesión se informó al paciente sobre los resultados de las pruebas que anteriormente realizó los cuales mostraban una afectación de consumo de sustancias, de tal forma se le cuestiono al paciente si estaba dispuesto a continuar con el proceso terapéutico y desarrollar todas las recomendaciones con la finalidad de mejorar su calidad de vida previo al abandono del consumo de sustancias sujetas a fiscalización. Antes de concluir con la sesión se le brindo psicoeducación al paciente de los resultados de la prueba.

Sesión N° 4

En el cuarto encuentro con el paciente que se efectuó el día Miércoles 23 de Agosto del 2023 a partir 6:00h pm hasta las 7:00h pm; antes de empezar con la ejecución de una tarea se tomó test psicológicos para complementar con la información antes tomada, se utilizó el test de Ansiedad de Hamilton con el fin de conocer sus sentimientos y presenciar si existen algún miedo, temor o inquietud que le haga sentir tales síntomas mencionados anteriormente. Cuando el paciente terminó la prueba donde realizo con éxito la batería psicométrica, se le envió una tarea a la casa en donde debía registrar en un formato de lista las situaciones que experimenta durante el día, que sentimientos le producen, y que piensa al respecto de aquello. Una vez que finalizó la sesión se coordinó con el paciente que en la próxima sesión acuda con algún familiar a terapia.

Sesión N° 5

En el quinto encuentro con el paciente el cual se realizó el día Viernes 25 de Agosto del 2023; se pidió que realizara una batería psicológica para constatar la validación de la información y con la finalidad de ayudar en el desempeño y la mejora este caso fue el test de Estrés Percibido al paciente para identificar si tiene preocupaciones. Se revisó la tarea enviada a casa y se identificó los pensamientos que tuvo. Siguiendo con la continuidad de la sesión pero esta vez el paciente trajo a su madre donde se pudo informar de la problemática que presentaba su hijo. El paciente después de ver toda la organización de la información sobre su problemática se le planteo una solución frente al problema basado en la terapia cognitivo conductual; se le informó que la tarea enviada a casa fue en base a la terapia anteriormente mencionada. Para finalizar quedo establecido un compromiso para recibir el tratamiento con la finalidad de reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

SITUACIONES DETECTADAS

A continuación del proceso realizado en las sesiones que permitieron recolectar información importante al problema del paciente lo cual se pudo aplicar las técnicas y los métodos propuestos que dieron hallazgos a un síndrome que provoco el consumo de drogas en el paciente provocando incidencias en la salud mental del paciente de tal forma se pudo detectar que los factores que lo indujeron al consumo de droga fue observar el alcoholismo de su padre y sus amistades influyeron en hacer que recaiga en tal consumo, al no tener una guía que pueda orientarlo de mejor manera frente a las adversidades que se le presentaban.

Por otro lado se obtuvo los resultados de las baterías psicológicas aplicadas al paciente las cuales se detectó en primer lugar los resultados de la prueba Assit V3.0 la misma que nos indicó un nivel de peligro en la escala de (4-26) Intervención breve en consumo de Cannabis y Cocaína con un total de 18 puntos en la primera droga mencionada y 17 puntos en la segunda; lo que significa que presenta riesgos para la salud del paciente mencionado. Por otro lado se aplicó el test Dast 10 como detección de sustancias ingeridas la cual tuvo resultados Dast (3-5) que se caracteriza por ser dañino indicando una presencia notoria del paciente en drogas.

La siguiente prueba aplicada fue el inventario depresión de Beck, el cual indico una calificación en la escala de 0-63 con 28 aciertos indicando un nivel de depresión moderado. En continuación el test siguiente fue la escala de ansiedad de Hamilton encontramos una

puntuación de (11-12) siendo un total de 23 puntos que nos demuestra una ansiedad moderado. La última prueba aplicada fue la escala de estrés percibido la cual nos dio como resultado un total de (24) siendo esto constancia de que existe un estrés percibido en el paciente y estrés por situaciones cotidianas que percibe como estresantes.

Una vez organizado el proceso de funciones de ejecución de métodos y técnicas aplicadas se describen los síntomas encontrados en el paciente los cuales se observan a continuación.

Tabla 1. *Cuadro sindromico*

Cognitivo	Idea fija y delirio emocional por el consumo de drogas
Afectivo	Anhedonia, culpa, irritabilidad.
Conducta social-escolar	Perdida de interés académico.
Somático	Insomnio, cansancio, fatiga, nerviosismo, deterioros sentidos.

Nota. Sintomatología del paciente **Fuente:** elaborado por Alejandro Navarrete Gamarra.

Inmerso en los hallazgos también se pudo conocer cuáles fueron los factores predisponentes que llevaron al paciente a tener distorsiones en su forma de pensar: Ser encontrado por su madre consumiendo droga en el cuarto, La separación de sus amigos por conocer su adicción de drogas, el alcoholismo de su padre. Fueron factores desencadenantes hacia la problemática de consumir drogas.

A continuación de la información obtenida se concretan los resultados finales del diagnóstico estructural que preocupa al paciente y a todos los que forman su grupo familiar y social tratándose de un trastorno depresivo, por consumo de otra sustancia (o desconocida), leve, con trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o desconocida) F19.14. Dando cumplimiento a los criterios de los manuales de diagnóstico DSM-5 y CIE-10 siendo un periodo de evolución de dos meses.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Dando continuidad a las soluciones preestablecidas a las afectaciones encontradas siendo necesario poder contar con el apoyo de los familiares del paciente en especial el de su madre, siendo de esta manera los beneficiarios no solo el paciente que está inmerso en las drogas sino también todo su grupo familiar y social que encierran esta problemática. Se cuanta con la disposición total del paciente para la correcta ejecución del tratamiento. Tal proceso a ejecutar está basado en el enfoque de la terapia cognitiva conductual (TCC) la cual está

repartida en 10 sesiones con una duración de 40 minutos; mismas sesiones que se detallan a continuación.

Tabla 2. Esquema psicoterapéutico

Categoría	Objetivo	Actividad	Técnica	N	Fecha	Resultados obtenidos
Cognitivo	Educar	Esta actividad	Psicoeducación.	3	28/08/2023	Alianza
Idea fija y delirio emocional por el consumo de drogas	paciente sobre su tratamiento, de conozca su problema.	implica darle al paciente una hoja y que describa y luego experimente con los problemas que más les molestan en función de sus pensamientos y sentimientos.	Reestructuración cognitiva (análisis costo beneficio, experimento conductual, pensamiento alternativo).		29/08/2023 01/09/2023	terapéutica. Aprendió a reconocer cómo los pensamientos crean emociones, los beneficios y desventajas que los pensamientos negativos pueden tener en tu salud emocional y el abandono del consumo de drogas.
Afectivo	Mejorar su	Esto implica	Técnica	de 3	04/09/2023	Reemplaza la
Anhedonia, culpa, irritabilidad.	modelo cognitivo negativo.	que el terapeuta y el paciente trabajen juntos para analizar la logística y asignar responsabilida	retribución		06/09/2023 08/09/2023	creencia de que él es responsable de cualquier consecuencia negativa. Para aliviar la tensión

		des a quien corresponda.					que le provocaba.
PENSAMIENTO	Estimular al paciente a realizar nuevas acciones, analizando así la importancia de la autoeducación.	Implica a involucrar al paciente en actividades que le proporcionen satisfacción y crecimiento personal.	Técnica de dominio en agrado.	2	11/09/2023 12/09/2023		El paciente considero estudiar una carrera en base a lo que desea aprender (barbería) en función a cumplir su proyecto de vida.
SOMÁTICA	Preparar a los pacientes con habilidades de afrontamiento para el descanso corporal.	Se basa en que el paciente aprenda a reconocer cómo su cuerpo se ve afectado por los pensamientos negativos y cómo reducirlos relajándose.	Psicoeducación Técnica de respiración.	2	14/09/2023 15/09/2023		El paciente aprendió a reconocer cómo su cuerpo se ve afectado por los pensamientos negativos y cómo reducirlos relajándose. Ayudando a mantener un estado de calma en condiciones de sobre estimulación y son útiles en situaciones de ansiedad y estrés.

Nota. Técnicas y logros alcanzados del paciente **Fuente:** Elaborado por Alejandro Navarrete

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Basándose en los resultados del marco conceptual podemos decir que influye el consumo de drogas en la salud mental en la definición de la OMS en el cual el cuerpo humano tanto mental como físicamente sufre cambios en función a su sistema nervioso central. La causa frecuente de consumir drogas causó alteraciones en la conducta y el comportamiento del individuo. Siendo la marihuana y la cocaína las drogas consumidas por el paciente llevo a un estado de adicción en el cual ya no pudo tener control sobre ellas.

En base a la clasificación de las drogas conocimos que usa dos tipos de drogas las depresoras que le causan disminución de vigilancia en su cuerpo, hace que se sienta ansioso y lo conlleva a pensar en cosas negativas de sí mismo. Las estimulantes le también bloquean su funcionalidad de transmisión en el sistema nervioso pero a diferencia de las anteriores estas drogas le causan excitación neuronal directa, cambiando su estado de ánimo y volviendo que paciente tenga euforia, y aumente su estado de alerta, tenga más energía, hambre y previene su aburrimiento.

Según la clasificación del CIE-10 las drogas que consume el paciente son Marihuana y Cocaína siendo la marihuana la droga que fuma y le causa comportamientos incontrolado después de su consumo, reduce la tardanza en su estímulo-respuesta, le causa trastornos de apetito y estado de ánimo, el THC que es el componente químico de la marihuana es el causa todos estos síntomas donde directamente pasa a sus pulmones y a la circulación sanguínea desde donde esta sustancia llega al cerebro siendo entre 30 a 60 minutos los efectos notorios después de consumir. La cocaína pasa directamente al cerebro donde su mayor reacción es la estimulación fuerte y la sensación de euforia que esta provoca. Los niveles de agudeza sensorial aumentan por este tiempo ingestión y de igual forma los niveles de energía en el cuerpo. Es el causante de su nivel escaso de memoria a largo plazo y el causante de síntomas como ansiedad, obsesiones, ideas paranoides, delirios.

Es importante saber que el consumo de drogas es el causante de riesgos en el paciente o en cualquier persona que consuma algún tipo de estupefaciente, debido a que la droga tiene un efecto acumulativo en los jóvenes que hace que mientras más usen o abusen de las drogas mayor sea la probabilidad de tener una adicción. Entre los factores de riesgo que encontramos en el marco conceptual y el paciente encontramos los factores de riesgo familiares debido a que al pasar mayor tiempo en el núcleo familiar estos son los propensos a las causas directas que tiene la droga en el paciente, debido al desarrollo que llevaba su vida fue un pilar importante en la solución de la problemática donde la causa de no tratar podría ser la consecuencia en un posible consumo a futuro su hermana menor.

Los factores sociales son una parte muy importante en el bienestar de la salud mental del paciente debido a que la mayoría de sus amigos se estaban alejando de él y los que le quedaban eran las personas con las que consecuentemente consumía, alejarlo de ese círculo y reintegrarlo socialmente fue una ayuda alternativa para que deje de pensar en solo consumir y poder ocupar su tiempo en cosas más importantes.

Su salud mental fue la más afectada por el consumo no existía un bienestar mental, emocional y psicológico como lo menciona Zapata, el paciente se había convertido en una persona sin desarrollo social y cultural, no aportaba en el bienestar de la familia y de la sociedad existiendo una baja calidad de vida. Los pensamientos del paciente cada vez más incurrieron en los factores de acciones que tenía y se estaba volviendo muy dependiente a sus emociones esto le traía dificultades.

La importancia de una salud mental estable lo llevaría al individuo a poder sobrellevar y afrontar las dificultades que surgen en la vida cotidiana sin la necesidad de tener que refugiarse en la droga como una salida, poder tener un mecanismo de control y poder en su mente y su cuerpo era lo que necesitaba para poseer una vida independiente y de desarrollo personal. Esto lo llevaría a poder adaptarse fácilmente con la sociedad, y su familia.

Los problemas de salud y los trastornos que tenía eran signos comunes que indicaban un problema en su salud mental, debido a que los problemas mentales traen consigo problemas físicos la enfermedad empezaba hacer cada vez más notoria en sus físico y su mente, a pesar de que diagnosticar al paciente pudo haber resultado difícil.

Conjunto con el marco conceptual y una insistida investigación se pudo implementar estrategias según la organización mundial de la salud que lograrían su plan de acción teniendo en meta finalizar con las afectaciones del paciente, teniendo en cuenta se implementó la capacidad de optimizar el tiempo del paciente, confeccionar y prevenir mediante test psicológicos un programa para validar su nivel de afectación en las drogas.

Si bien la droga no es la causante de todas las enfermedades que existen si son un gran número de infecciones las cuales causa el consumo droga y el paciente no estaba inmerso en no poder contraerlas las cuales eran: cáncer, embolia, endocarditis, VIH; y enfermedades mentales tales como: Ansiedad, Depresión, Trastorno de conducta, Trastorno Obsesivo compulsivo.

9. CONCLUSIONES

En base al proyecto ejecutado mediante el estudio de caso se pudo llegar a concluir en base al objetivo planteado que el consumo de drogas si llega a influir en la salud mental de un adolescente de 23 años, lo cual le llevo a probar alteraciones que con el pasar del tiempo en su adicción le condujeron a signos y síntomas notorios como: Idea fija y delirio emocional por el consumo de drogas, Anhedonia, culpa, irritabilidad, Deterioro memoria a largo plazo, Perdida de interés académico, Insomnio, cansancio, fatiga, nerviosismo, deterioros sentidos. Todas estas alteraciones conjunto con el descubrimiento de su madre al encontrarlo en consumo, el alcoholismo de su padre desencadenar una adicción por las drogas.

Es importante que se caracterice este tipo de alteraciones ocurridas por la adicción y sean identificadas a temprana edad, esto con la finalidad de prevenir posibles degeneraciones a largo plazo y que no sean una dificultad en su vida adulta trayendo sistemas más persistentes que condujeran a problemas familiares o sociales, es importante coincidir en que el paciente y el investigador hicieron todo lo posible por llevar un acompañamiento para la salida de tal problema mencionado y de la misma forma pueda llevar un estilo de vida diferente.

Se toma en cuenta la importancia de conocer sobre este tipo de problemáticas con la finalidad analizar la incidencia del consumo de drogas en la salud mental y con esto la sociedad en general tome conciencia de lo perjudicial que puede llegar a ser el consumo de sustancias, la adicción puede llevar a que un ser humano que depende de las drogas a convertirlo en un ser dependiente y que solo le traerá destrucción a su vida y a la vida de las personas que lo rodean, es por ello que se exige un llamado a la población en general que tome medidas alternativas para poder ayudar a las personas que conocemos y tengan esta enfermedad.

10.RECOMENDACIONES

Se recomienda que el adolescente de 23 años siga recibiendo continuos seguimientos psicológicos de mano de la terapia cognitivo conductual se seguirá reforzando su rigidez psicológica con la finalidad de que su salud mental se encuentre en un equilibrio gracias a esto el paciente pueda encontrarse saludable, y poder prevenir futuras recaídas en el mundo de las drogas. Es importante continuar con la aplicación de test psicológicos para determinar una posible incidencia de consumo a futuro se recomienda el test Dast 10, Test Assist v3.0 con la finalidad de examinar al paciente su control a las drogas.

Ocupar el tiempo el tiempo en actividades físicas y sociales que sean favorables, y se apoyen en complementar el proyecto de vida del paciente siendo la familia y las amistades cercanas las personas encargadas de apoyar el desenvolvimiento del paciente en la vida cotidiana esto ayudara a que no tenga pensamientos negativos que lo lleven a futuros consumos.

Fomentar la autoestima y la autonomía en el paciente proponiendo metas en su vida puede ser acompañado de técnicas de relajación que consten una armonía en el paciente, esto fortalecerá los valores, las relaciones de apoyo mutuo, y elevara la salud mental del paciente ya que se sentirá reintegrado en su grupo familiar y social, siendo lo segundo un causante de su problema.

BIBLIOGRAFÍA

- (MSP), M. d. (2020.). *El gobierno de todos- salud pública del Ecuador*.
- Astudillo, C. (2021.). *Depresión y su incidencia en la salud mental de una persona privada*. Quevedo.: [Universidad Técnica de Babahoyo, Tesis de grado].
- BARROSO, M. (1997.). *Autoestima Ecológica o Catastrofe*. Venezuela, Caracas.: Editorial Galac.
- Beck, A. T. (1961). *El test de depresión de Beck*. Estados Unidos: universidad de Pennsylvania.
- Bedregal, L. S. (2006). *Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. Addictive Behaviors*.
- Campos, A., & Cassiani, C. (2018). *Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 598-613. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80637410.pdf>.
- CLIMENT, C., & M., G. (1990). *Como proteges a sus hijos de las drogas*. Colombia. Bogota.: Editotial Norma.
- Cohen. (1983). *Escala de Estrés Percibido*.
- CONFERENCIA SALUD MENTAL. (2019.). *Salud mental en cifras*. Madrid.: Instituto nacional de estadística.
- CONSEP. (2005). *Segunda Encuesta Nacional a estudiantes a de educación media sobre consumo de drogas*. Quito, Ecuador.: CONSEP.
- Hamilton, M. (1960). *La escala de depresión de Hamilton*.
- Humeniuk RE, H.-E. S. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Loor, W. H. (2018). *Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador*. Ecuador: Archivo Médico de Camagüey, 22(2), 1-5.
- Maslow, A. (1994). *La amplitud del potencial de la naturaleza humana en la salud mental*. Secretaria Nacional de Salud; S.N.S.; PREID.
- Montero, P. R. (2020). *Adolescent substance use and its association with risk and protective factors. An exploratory analysis of the large-scale school survey of Colombia*. Adicciones, 32(2), 105-115.: Recuperado de <https://doi.org/10.20882/adicciones.1083>.
- NIDA. (2019). *El Cannabis (Marihuana)-DrugFacts*. Retrieved from <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-canabis-marihuana> en 2023, September 12.
- NIDA. (2022.). *¿Que es la cocaína?*. Retrieved from <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-es-la-cocaina> en 2023, September 12.
- NIDA. (2022.). *La adicción y la salud*.
- NIDA. Retrieved from <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-canabis-marihuana> en 2023, S. 1. (2019). *El Cannabis (marihuana) – DrugFacts*.
- OMS. (1994). *Glosario de términos de Alcohol y drogas*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
- Organización Mundial de la salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.

- Organización Panamericana de salud . (2014). *Plan de Acción sobre salud mental 2015-2020*.
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*.
- Souza y Machorro, M., Guiza, V., Barriga, L., & y Sanchez, R. (1997). *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos*. Mexico : Centro de Integración Juvenil. A.C.
- TELEGRAFO, E. (2017). *Consumo de droga en el país* . Quito: El decano digital . Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/septimo/1/el-39-de-consumidores-probo-mas-de-una-droga>
- UNOCD. (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Obtenido de <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2015/>
- Zapata, A. (2021.). *Consecuencias del desempleo y su impacto en la salud mental de un joven*. Babahoyo.: [Universidad Técnica de Babahoyo, Tesis de grado].
- Zapatier, G. (2018). *Psicología positiva y la salud mental en los estudiantes de la carrera de psicología clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo, extensión Quevedo, año 2017*. Quevedo.: [Universidad Técnica de Babahoyo, Tesis de grado].

ANEXOS

Anexo #1

Historia Clínica

HC. #1

HISTORIA CLÍNICA

FECHA:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: J.A.M.P

EDAD: 23 AÑOS

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Echeandía - 19-08-2000

GÉNERO: Masculino

ESTADO CIVIL: Soltero

RELIGIÓN: Católico

INSTRUCCIÓN: Bachiller

OCUPACIÓN: Agricultor

DIRECCIÓN: Recinto Sabanetillas

TELÉFONO: 0989953452

REMITENTE: Psi. Alejandro Navarrete Gamarra

2. MOTIVO DE CONSULTA

Estudio de Caso

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El paciente presenta síntomas de fatiga, tristeza y poca visibilidad alrededor de 6 meses. Empezó a consumir drogas a los 15 años inducido por sus amistades también empezó a ingerir bebidas alcohólicas cuando estaba en el colegio, él era la persona encargada de ingresar tales sustancias a la institución. Manifiesta que empezó consumir por curiosidad sin darse cuenta que se volvería una persona adicta. Cada que deja de consumir empieza a sentirse nervioso, tembloroso por la necesidad de consumir, dice que su familia sabe que es una persona adicta pero a pesar de eso no hacen nada por tratar de ayudarlo a salir de ese problema.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

4.1. GENOGRAMA (COMPOSICIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR).

4.2. TIPO DE FAMILIA

Familia nuclear Biparental: Padre, Madre y Hermanos.

4.3. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES.

El padre tiene problemas de alcoholismo y un intento de suicidio.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

El paciente vive en el recinto Sabanetillas, en una casa de cemento del cual el terreno es propio.

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

El paciente es el primer hijo de dos hermanos, fue concedido por medio de cesárea ya que su mama tuvo problemas de dilatación al momento de que el niño iba a nacer, fue un niño planeado por los padres, lacto hasta el año y medio, dio sus primeros pasos a los 13 meses de nacido, controló los esfínteres al año y cuatro meses, habla con claridad a los tres años y seis meses, realizó funciones de autonomía a los 3 años y no presentó ninguna enfermedad al nacer.

6.2. ESCOLARIDAD

El adolescente inicia sus estudios en la primaria a los cinco años de edad, al iniciar su vida escolar se destacó con ser un buen estudiante, considera que era bueno en deportes (natación) siempre era el quien representaba al colegio en olimpiadas fuera de la institución, a pesar de eso en las calificaciones considera que era regular porque se aburría constantemente en las clases y prefería conversar con sus amigos, le gustaba andar en grupo y termino la escuela y colegio en la misma institución.

6.3. HISTORIA LABORAL

El paciente trabaja en la agricultura junto a su padre desde los 7 años hasta la actualidad aunque particularmente no va a trabajar porque se levanta tarde.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

El paciente siente que los amigos que tiene son basta para convivir se le hace difícil poder entablar una conversación aunque acota que el consumo de drogas lo ha hecho conocer gente con la cual se relacionan por las cosas en común que tienen.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE

La mayoría de su tiempo la pasa en la calle y el tiempo que pasa en casa lo ocupa viendo películas por lo general siempre se lo encuentra en lugares frecuentes de consumo.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

El paciente suele recurrir a los centro de diversión para adultos para poder complacer su afectividad sexual, es de genero heterosexual y menciona intereses atracción solo por mujeres, no recuerda hace cuanto tuvo una novia, su primer acto coital fue a los 13 años, con una sexoservidora.

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

Paciente no toma café, consume marihuana y cocaína, mayor mente siempre es un amigo de vicio que le distribuye la droga cuando él no tiene.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

El paciente reconoce que cuando consume marihuana le da mucho apetito s cualquier hora del día, a pesar de eso no distorsiona su horario de comida y como a la hora indicada, ve películas hasta tarde y eso hace que no pueda conciliar el sueño en una hora correcta(duerme a las 3 o 4

de la mañana)

6.9. HISTORIA MÉDICA

Ninguna

6.10. HISTORIA LEGAL

Ninguna

6.11. PROYECTO DE VIDA

El paciente desea ponerse una peluquería, quiere tener ese emprendimiento el cual lo ayude a salir adelante con su vida.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA

Paciente de contextura corporal endomorfo, moreno, de 1.70 metros de estatura, muestra un aspecto personal un poco descuidado y impuntual en la hora quedada, presenta motivación por participar y actitud colaborativa.

7.2. ORIENTACIÓN

No presenta alteraciones en la orientación alopsíquica y auto psíquica.

7.3. ATENCIÓN

El paciente presenta hiperprosexia debido a que se altera muy rápido su atención, cambia mucho de temas, y siempre mira a todos los lados como en un estado de alerta los temas que no le interesan simplemente los omite.

7.4. MEMORIA

El paciente presenta alteración en su memoria, tiene buena a corto plazo pero se le dificulta recordar cosas de su pasado.

7.5. INTELIGENCIA

El paciente presenta una inteligencia dentro del rango promedio.

7.6. PENSAMIENTO

El paciente presenta distorsiones cognitivas (sobre generalización, Razonamiento emocional)

7.7. LENGUAJE

El paciente en consulta mostro un lenguaje verbal normal, aunque por momentos se volvía poco fluido acompañado por un lenguaje corporal sin muchos movimientos.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

El paciente tiene una postura anatómica normal cuenta con sus extremidades completas y ejecuta sus movimientos sin dificultad.

7.9. SENSOPERCEPCION

El paciente en sus áreas sensoriales está normales, sin embargo tiene dificultades en la visión

que empezaron hace seis meses.

7.10. AFECTIVIDAD

El paciente en la consulta mostro amabilidad y disponibilidad, su tono de voz fue estable y se lo notaba emocionalmente alegre.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

El paciente en consulta pude notar que es consciente del tiempo y espacio

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

El paciente tiene conciencia de la enfermedad, sabe que tiene un problema a de adicción aunque dice que a los 35 años lo va a dejar.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Ninguno

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Escala (Assist V3.0). Indico un nivel de peligro en la escala de (4.26) intervención breve en el consumo de Cannabis y Cocaína con un total de 18 puntos en la primea droga mencionada y 17 puntos en la segunda. Lo que nos lleva a la conclusión de que existe un peligro para la salud.

Test Dast 10. Tuvo un resultado Dast (3-5) que indica una presencia notoria de consumo de drogas la cual causa daños físicos y mentales al paciente.

Test inventario de depresión de Beck. Indico una calificación de escala 0-63 con 28 aciertos indicando un nivel de depresión moderado que se puede interpretar como una notoria presencia de depresión en el paciente.

Test escala de ansiedad de Hamilton. Obtuvo una puntuación de (11-12) con un total de 23 puntos siendo un indicador de ansiedad moderada, existiendo un nivel de ansiedad en el paciente que es la derivación de los problemas que encontrados.

Escala de estrés percibido. Indico un resultado de 24 puntos siendo constancia de existencia de estrés por las situaciones que a diario percibe y se vuelven cotidianas siendo un detonante de un problema psicológico a delimitar que traerá consecuencias a futuro si no existe una ayuda psicológica temprana.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

FUNCIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SÍNDROME
COGNITIVO	Idea fija y delirio emocional por el consumo de drogas	Trastorno depresivo inducido por sustancias por
AFECTIVO	Anhedonia, culpa,	consumo leve de otras

	irritabilidad.	sustancias desconocidas F19.14.
PENSAMIENTO	Deterioro memoria a largo plazo.	
CONDUCTA SOCIAL - ESCOLAR	Perdida de interés académico.	
SOMÁTICA	Insomnio, cansancio, fatiga, nerviosismo, deterioros sentidos.	

9.1. FACTORES PREDISPONENTES:

Su madre lo encontró consumiendo drogas en su cuarto y no le dijo nada, el alcoholismo de su padre, conocer a personas que consumen estupefacientes.

9.2. EVENTO PRECIPITANTE:

Conocer la droga a corta edad, y que después se vuelva una adicción.

9.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

Seis meses

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Trastorno depresivo inducido por sustancias por consumo leve de otras sustancias desconocidas F19.14.

11. PRONÓSTICO

Tomando en cuanto los resultados del paciente y encontrando un estado de salud mental inestable, debido a la dependencia que tiene por el consumo de sustancias el cual puede traer consecuencias fuertes a futuro si no es corregido a tiempo convirtiéndolo en un deterioro a largo plazo en el paciente, es importante que las personas que hacen parte de su círculo social sean los encargados de mantener una insistida observación y siendo los familiares la ayuda para poder seguir estableciendo el esquema terapéutico siempre y cuando sea un pronóstico reservado.

12. RECOMENDACIONES

Con el apoyo de la familia, se aconseja al paciente que siga todas las indicaciones de tratamiento que le dé el psicólogo para conseguir los mejores resultados en la mejora de su estilo de vida.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Categoría	Objetivo	Actividad	Técnica	N	Fecha	Resultados obtenidos
Cognitivo	Educar	Esta actividad	Psicoeducación.	3	28/08/2023	Alianza
Idea fija y delirio emocional por el consumo de drogas	paciente sobre su tratamiento, de conozca su problema.	implica darle al paciente una hoja y que describa y luego experimente con los problemas que más les molestan en función de sus pensamientos y sentimientos.	Reestructuración cognitiva (análisis costo beneficio, experimento conductual, pensamiento alternativo).		29/08/2023 01/09/2023	terapéutica. Aprendió a reconocer cómo los pensamientos crean emociones, los beneficios y desventajas que los pensamientos negativos pueden tener en tu salud emocional y el abandono del consumo de drogas.
Afectivo	Mejorar su	Esto implica	Técnica	de 3	04/09/2023	Reemplaza la
Anhedonia, culpa, irritabilidad.	modelo cognitivo negativo.	que el terapeuta y el paciente trabajen juntos para analizar la logística y asignar responsabilidades a quien corresponda.	retribución		06/09/2023 08/09/2023	creencia de que él es responsable de cualquier consecuencia negativa. Para aliviar la tensión que le provocaba.

PENSAMIENTO	Estimular al paciente a realizar nuevas acciones, analizando así la importancia de la autoeducación.	Implica a involucrar al paciente en actividades que le proporcionen satisfacción y crecimiento personal.	Técnica de 2 y	11/09/2023	12/09/2023	El paciente considero estudiar una carrera en base a lo que desea aprender (barbería) en función a cumplir su proyecto de vida.
SOMÁTICA	Preparar a los pacientes con habilidades de afrontamiento para el descanso corporal.	Se basa en que el paciente aprenda a reconocer cómo su cuerpo se ve afectado por los pensamientos negativos y cómo reducirlos relajándose.	Psicoeducación Técnica de 2	14/09/2023	15/09/2023	El paciente aprendió a reconocer cómo su cuerpo se ve afectado por los pensamientos negativos y cómo reducirlos relajándose. Ayudando a mantener un estado de calma en condiciones de sobre estimulación y son útiles en situaciones de ansiedad y estrés.

Anexo #2

Test Cuestionario de prueba de detección de drogas Dast 1

Cuestionario de prueba de detección de drogas (DAST-10, por sus siglas en inglés)

Debido a que el uso de drogas puede afectar su salud, necesitamos hacerle algunas preguntas sobre su uso de las drogas. Si se siente incómodo al completar este formulario, hágaselo saber a su proveedor de salud.

En los siguientes enunciados, "abuso de drogas" se refiere a:

1. Usar medicamentos con receta médica o de venta libre excediéndose de las instrucciones, y
2. Cualquier uso de drogas que no sea uso médico.

Las distintas clases de drogas pueden incluir:

- | | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Metanfetaminas (velocidad) | <input type="checkbox"/> Cannabis (marihuana, tiesto) |
| <input type="checkbox"/> Solventes (solvente de pintura) | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes (Valium) |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Cocaína |
| <input type="checkbox"/> Estimulantes (velocidad) | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD) |
| <input type="checkbox"/> Narcóticos (heroína) | |

Recuerde que las preguntas no incluyen bebidas alcohólicas.

Marque con un "Sí" o "No" las siguientes preguntas:

1. ¿Ha utilizado drogas que no sean las que se requieren por razones médicas?	No	Sí ✓
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	No ✓	Sí
3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?	No ✓	Sí
4. ¿Alguna vez ha tenido desvanecimientos o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?	No ✓	Sí
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable por usar drogas?	No ✓	Sí
6. ¿Su cónyuge (o padres) se queja alguna vez por su participación con las drogas?	No	Sí ✓
7. ¿Ha abandonado a su familia por su uso de las drogas?	No ✓	Sí
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?	No	Sí ✓
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de retraimiento (se ha sentido enfermo) cuando dejó de tomar drogas?	No ✓	Sí
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de las drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?	No ✓	Sí

0

1

I Low Risk/Abstain DAST: 0	II Risky DAST: 1-2	III Harmful DAST: 3-5	IV Dependent DAST: 6+
-------------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------

For Clinician:

Clinician Name: J.A.M.P Date: _____ DAST Zone: _____

- Brief intervention:
- | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Raised subject | <input type="checkbox"/> Not done | <input type="checkbox"/> Referral recommended |
| <input type="checkbox"/> Provided feedback | | |
| <input type="checkbox"/> Enhanced motivation | | |
| <input type="checkbox"/> Negotiated plan | | |

Anexo #3

Escala Assist V3.0

OMS - ASSIST V3.0



OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR PAIS CLÍNICA

Nº PARTICIPANTE FECHA

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

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

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

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

Pregunta 1

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

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

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.

Agosto 2003



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.)	<u>0</u>	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<u>0</u>	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	<u>6</u>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	<u>3</u>	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<u>0</u>	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<u>0</u>	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<u>0</u>	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<u>0</u>	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<u>0</u>	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	<u>0</u>	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems 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.)	<u>0</u>	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	<u>4</u>	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	<u>6</u>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	<u>5</u>	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<u>0</u>	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<u>0</u>	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	<u>0</u>	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<u>0</u>	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<u>0</u>	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	<u>0</u>	3	4	5	6



Pregunta 4

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

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco	0	5	6	7	8
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 alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	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 alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
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 via inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

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

PATRÓN DE INYECCIÓN

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

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

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

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

Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *

CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

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

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

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

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco	0	0 - 3	4 - 26	27+
b. alcohol	0	0 - 10	11 - 26	27+
c. cannabis	18	0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaína	17	0 - 3	4 - 26	27+
e. anfetaminas	0	0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalantes	0	0 - 3	4 - 26	27+
g. sedantes	0	0 - 3	4 - 26	27+
h. alucinógenos	0	0 - 3	4 - 26	27+
i. opiáceos	0	0 - 3	4 - 26	27+
j. otras drogas	0	0 - 3	4 - 26	27+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

Anexo #4

Escala de estrés percibido

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	<u>1</u>	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	<u>3</u>	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	<u>2</u>	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	<u>2</u>	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	<u>3</u>	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	<u>2</u>	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	<u>2</u>	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	<u>2</u>	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	<u>3</u>	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	<u>3</u>	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	<u>2</u>	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	<u>3</u>	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	<u>2</u>	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	<u>2</u>	3	4

Versión 2.0

Anexo #5

Escala de Ansiedad de Hamilton



Servicio Psiquiátrico de Salud
CONSERVATORIO DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione **para cada ítem** la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	<u>2</u>	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	<u>2</u>	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	<u>1</u>	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	<u>2</u>	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	<u>2</u>	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	<u>2</u>	3	4



7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	<u>1</u>	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	<u>3</u>	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	<u>1</u>	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	<u>2</u>	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	<u>1</u>	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	<u>1</u>	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	<u>2</u>	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	<u>1</u>	2	3	4

Ansiedad psíquica	12
Ansiedad somática	11
PUNTUACIÓN TOTAL	23

Anexo #6

Inventario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: JAMP Estado Civil: Soltero Edad: 23 Sexo: M
Ocupación: Agente de ventas Educación: Secundaria Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

• 12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 28

Anexo #7

Imagen 1



Primera intervención psicológica

Imagen 2



Aplicación de Entrevista Clínica

Imagen 3



Aplicación de Entrevista Clínica

Imagen 4



Aplicación de reactivos Psicológicos