



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

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

**PROBLEMA:**

**DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE DROGAS EN UNA  
PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD**

**AUTORA:**

**SULLY SILVANA PAREDES ESCOBAR**

**TUTOR:**

**HERIBERTO ENRIQUE LUNA ALVAREZ**

**BABAHOYO - ENERO/2020**





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



**RESUMEN**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, la privación de libertad hace referencia a la ordenanza penal que se asigna a la persona que ha cometido una acción delictiva, este estudio de caso se realiza con el objetivo de encontrar la influencia de la depresión sobre el consumo de drogas en una persona privada de libertad. Para lograra encontrar las afectaciones en el área emocional de la persona se utilizaron diferentes técnicas e instrumentos de valoración diagnostica como son, el Inventario de Depresión de Beck, para evaluar los índices de depresión subyacentes y la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), sirviendo de gran apoyo a la hora de evidencias el cuadro sintomatológico, junto a los datos obtenidos de la entrevista psicológica.

**Palabras clave:** depresión, consumo, drogas, privación de la libertad

**ABSTRACT**

Depression is a frequent mental disorder, characterized by the presence of sadness, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or lack of self-esteem, sleep or appetite disorders, deprivation of liberty refers to the criminal ordinance that is assigned to the person who has committed a criminal action, this case study is carried out with the objective of finding the influence of depression on drug use in a person deprived of liberty. In order to find the effects on the emotional area of the person, different diagnostic assessment techniques and instruments were used, such as the Beck Depression Inventory, to assess the underlying depression rates and the Alcohol, tobacco and alcohol consumption test. substances (ASSIST), serving as a great support at the time of evidences the symptomatic picture, together with the data obtained from the Psychological Interview.

**Keywords:** depression, consumption, drugs, deprivation of liberty



## INDICE

RESUMEN .....	i
ABSTRACT.....	i
INDICE .....	ii
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO .....	2
JUSTIFICACIÓN .....	2
OBJETIVO GENERAL .....	2
SUSTENTO TEÓRICO .....	3
Factores de riesgo.....	3
Tipos de depresión.....	4
Trastorno depresivo mayor.....	4
Sustancias psicoactivas .....	7
Consumo de drogas .....	7
Farmacodependencia en el consumo de droga.....	8
Privado de libertad.....	8
Factores de riesgo .....	9
Consumo y tratamiento de drogas en prisión .....	10
Bienestar psicológico en prisión.....	11
TÉCNICAS APLICADAS .....	11
RESULTADOS OBTENIDOS .....	13
Situaciones detectadas .....	15
Soluciones planteadas.....	16
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	19
BIBLIOGRAFIA.....	21

## INTRODUCCIÓN

El trabajo presentado, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, en la modalidad de examen complejo, es un estudio de caso práctico, en la línea de investigación correspondiente al asesoramiento psicológico, sublínea de asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional, teniendo como tema: La depresión y su influencia en el consumo de drogas en una persona privada de libertad (PPL) del Centro de Privación de Libertad-del cantón Babahoyo, provincia Los Ríos, en el año 2019.

El área donde se trabajó corresponde a la sección de varones, quienes al estar encarcelados suelen tener alteraciones importantes en sus emociones, debido a que estas no se encuentran orientadas por medios ni contextos favorables, impidiendo así un adecuado afrontamiento emocional, que provoca diferentes síntomas como agresividad, cambios de humor y pérdida de los roles y aislamiento, tanto sociales como sexuales y familiares.

En la ejecución de la práctica preprofesional en este centro de Privación se detecta que se da esta situación con mayor frecuencia en las personas que llegan por primera vez, quienes entran en un proceso de asimilación y adaptación a su situación actual, con manifestaciones de culpa, depresión, ansiedad, irritabilidad, entre otras, que buscan diferentes formas de sobrellevar su condición, encontrando en el consumo de drogas una salida temporal para mitigar su malestar.

Esta perspectiva nos convoca a establecer temas de análisis que nos permitan conocer más acerca de la problemática, lo que motiva a presentar el siguiente estudio de caso con enfoque cualitativo, alcance correlacional, corte transversal, y de tipo no experimental.

Esta investigación tiene como objetivo general determinar la influencia de la depresión en el consumo de drogas de una PPL del Centro de privación de libertad del cantón Babahoyo, mediante una metodología que tuvo como finalidad de valorar primero el nivel de depresión, segundo en qué situaciones se presentan los diversos síntomas, los cuales serán valorados mediante una entrevista semiestructurada, reactivos psicológicos como el Inventario de depresión de Beck (BDI).

# **DESARROLLO**

## **JUSTIFICACIÓN**

Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectada, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal (OMS, 2017). Existen diferentes factores que incrementan el trastorno y uno muy fuerte es la condición de estar un ambiente generalmente hostil, como el que se da un centro de rehabilitación penitenciario.

La trascendencia del presente estudio se genera a partir de abordar cómo una PPL afronta su situación a partir de un estado depresivo y como va trascendiendo hacia el consumo de drogas, indicando sus consecuencias a corto y largo plazo, lo que marcaría un antes y un después en investigaciones de este tipo. Así mismo, la importancia de dicho estudio es porque estas conductas se dan constantemente en las personas que llegan al centro de rehabilitación, y más allá de encontrar rehabilitación, son expuestos a caer en la violencia y el consumo de drogas.

El beneficio de este trabajo se da principalmente al PPL, tanto a nivel psicológico como personal, ayudándolo a poder llevar una vida más plena, a su vez se dará de forma indirecta a su familia, quienes ya lidian con los problemas legales y no desean incrementar los mismos, ni que su pariente deteriore su salud por el consumo.

El estudio de este tema fue viable y factible, debido a que se contó con la colaboración tanto de la persona privada de libertad, como al apoyo por parte de las autoridades del mismo Centro de Privación de Libertad, quienes facilitaron la autorización, el lugar y materiales para llevar a cabo dicho proceso, lo que junto a los conocimientos y habilidades del autor de este trabajo contribuyen al objetivo que se propone.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia de la depresión en el consumo de drogas en una persona privada de libertad, del Centro de privación de Libertad del Cantón Babahoyo en el periodo noviembre 2019- enero 2020.

## **SUSTENTO TEÓRICO**

La depresión está definida como un estado mental frecuente, la cual está caracterizada por la presencia de sentimientos de tristeza o culpa, falta de interés o placer, apetito, baja autoestima, sensación de cansancio y falta de concentración. Dependiendo de factores de reforzamiento de ella y de la vulnerabilidad de la persona, incluso puede convertirse en crónica y dificultar de esta forma fuertemente el desempeño en sus labores en la escuela y se puede ver afectada su capacidad para afrontar su estilo de vida diaria, y en el peor de los casos puede conducir al suicidio (Morocho Jerez & Jara Chuchuca, 2016).

Beck, Rush, Shaw, y Emery (2010) mencionan en su obra *Terapia cognitiva de la depresión*, que la tríada cognitiva se acentúa en tres patrones cognitivos primordiales que incitan al individuo a tener pensamientos no adecuados en procesos de autovaloración, de su percepción futura de forma negativa.

Además, estos autores detallan que el primer componente está basado en una visión negativa a sí mismo, lo que quiere decir que el sujeto presenta sentimientos de torpeza, idiotez, enfermedad y con poco valor. También subestimarse y criticarse a sí mismo en sus defectos. Finalmente, supone que no tiene los atributos que considera fundamentales para lograr la alegría y felicidad. En el segundo componente se basa en la tendencia de interpretar sus vivencias de una forma negativa atrayendo así pensamientos como: “el mundo me exige demasiado y debido a esto no logro mis objetivos”.

Y por último se señala al tercer componente el cual se caracteriza por su punto de vista negativo sobre el futuro. En esta, el sujeto hace planes de gran alcance, previendo que sus problemas o angustias actuales perpetuarán indefinidamente, estando a la espera de tener sentimientos frustrantes, inevitablemente sus expectativas son de derrota (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

### **Factores de riesgo.**

Hoy en día se considera que en la depresión pueden incurrir muchos factores de riesgo, para que sea más factible el progreso de la enfermedad, sin que haya sido posible establecer las múltiples interacciones existentes entre estos, además, aun no se sabe a ciencia cierta el peso de cada factor en relación con las condiciones y el momento de la vida en que se presentan (Alonso, 2010). Sin embargo, las causas más perceptibles son las siguientes:

- Antecedentes familiares de depresión.
- Trastornos de ansiedad.
- Distimia.
- Consumo de alcohol y drogas
- Rasgos de personalidad neurótica
- Enfermedades cardiacas y endocrino- metabólicas.
- Circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedades o maternidad)
- Pobreza
- Consumo de depresógenos.

### **Tipos de depresión**

Existen diversos tipos de trastornos deprimentes. el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (APA, 2014). Por lo que se tomaran en cuenta los tipos más relevantes para mi estudio de caso.

A continuación, se detallarán el criterio diagnostico según el DSMV, que se deben considerar por el diagnóstico.

### **Trastorno depresivo mayor**

Las sintomatologías de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida.

Criterio A. Cinco (o más) de las sintomatologías siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas, y representan un cambio del funcionamiento precedente; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo melancólico o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otro diagnóstico médico.

1. La mayor parte del día están deprimidos, casi todos los días, según se desglosa de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza).
2. Disminución significativa del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., alteración de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Criterio B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Criterio D. El evento de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno

delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Criterio E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (APA, 2014).

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) plantearon que las personas al enfrentarse a acontecimientos negativos e incontrolables y cuestionarse el porqué de dicha situación, estas atribuciones que las personas hacen respecto a acontecimientos incontrolables se convertirían así en un factor esencial en el origen de la depresión. De esta manera proponen tres dimensiones básicas sobre las cuales se establecen dichas atribuciones: interna/externa, global/específica y estable/inestable (Redondo Alfaro, 2015).

Mientras que en estudios recientes del BDI-IA se ha encontrado una estructura factorial de dos dimensiones, en concomitancia con el modelo original planteado por Beck, en donde se denominan dos dimensiones, siendo la primera cognitivo-afectivo y la segunda somático-vegetativa.

Por otra parte, en los mismo estudios se da la confirmación de la estructura factorial del BDI-IA, con sus dimensiones cognitivo-afectiva y somática, y el mayor porcentaje de varianza explicado por la primera, así como la convergencia de la depresión con los constructos de rumia y evitación, son consistentes con el modelo teórico propuesto por Beck, los cuales enfatizan los aspectos cognitivos, como factores de riesgo que pueden desencadenar o mantener el ánimo depresivo ( Beltrán , Freyre , & Hernández Guzmán , 2011).

La terapia cognitiva se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores, teniendo como finalidad mitigar las alteraciones emocionales y otros síntomas de la depresión.

Los medios se centran en las interpretaciones erróneas del paciente, en su conducta contraproducente y en sus actitudes inadecuadas, en donde se utilizan las técnicas

conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves no sólo para modificar la conducta, sino también para eliminar cogniciones asociadas a conductas específicas (Beck y otros, 2010).

Sin embargo, surgieron importantes cuestiones a la primacía de los factores cognitivos en el síndrome depresivo. Como señala Schreiber (1978), las distorsiones cognitivas podrían ser equiparadas con los síntomas afectivos, motivacionales, conductuales o vegetativos, es decir, conceptualizadas simplemente como manifestación o síntoma de la depresión. De hecho, muchas descripciones contemporáneas consideran la depresión simple y llanamente como un trastorno afectivo, ignorando por completo los aspectos cognitivos (Beck y otros, 2010).

### **Sustancias psicoactivas**

La droga psicoactiva se define como: “Toda sustancia que, una vez que está en el organismo por cualquier vía de administración, causa de alguna forma una alteración del funcionamiento natural del sistema nervioso central del sujeto y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (Larrarte Martínez, y otros, 2018).

### **Consumo de drogas**

El consumo de drogas es una realidad desde tiempos antiguos y por más alternativas que se pongan en marcha, y aunque las autoridades declaren la guerra contra la droga, estas se mantienen circulando en todo el mundo, por lo que suele ser ingenuo pensar que los niños y niñas, los chicos y chicas adolescentes no se van a ver relacionadas con ellas (Lázaro, 2016).

Según estudios realizados se ha determinado que la marihuana, es una droga ilegal con uno de los índices más altos de consumo en el mundo, con una velocidad de crecimiento sostenido, por lo que un factor preocupante es disminución en la edad de inicio al consumo del mismo. Esto último tal vez sea lo más peligroso desde la perspectiva de la salud pública si pensamos que cuanto más precoz sea el inicio en la adolescencia, más nocivos serán los efectos en comparación a un inicio tardío (Rojas Valero, Rodríguez Chacón, Zereceda Gyax, & Otiniano Campos, 2013).

En el consumo de drogas, son de vital importancia los factores familiares tanto en el origen como en el consumo de las sustancias psicoactivas, en los cuales sobresalen el clima familiar negativo y la comunicación disfuncional de los miembros de la familia. Además dichos factores Se establece que estas variables pueden ser evaluadas mediante el constructo de emoción expresada, siendo que los componentes que mostraron mayor relevancia fueron: el criticismo y la hostilidad, tanto en el inicio del consumo, como en la recaída en la drogodependencia.

### **Farmacodependencia en el consumo de droga**

El descubrimiento de la fatídica acción del humo indirecto o de segunda mano en los convivientes de consumidores de tabacos, dio marcha a un prototipo que ocurre no solo con la nicotina, el alquitrán y otras miles de sustancias tóxicas sino también a los consumidores pasivos de otras sustancias naturales o sintéticas cuya dolorosa acción sobre el entorno interpersonal no utiliza como intermediario el humo indirecto, este rubro que pudiera llamarse consumidor pasivo, cuando se expresa en su forma más intensa, asume el modelo del co-dependiente situación humana que de forma no excepcional puede conducir al suicidio luego de infinidad de angustias cuanto más intensos sean más quiere ser adicto a drogas (Menéndez, 2014).

Cabe acentuar que se toman en cuenta tres aspectos para uso de drogas. Entre los cuales se encuentran emparentados con el alivio del dolor, luego llega la ideación de dormir para escapar de escenarios de desesperanza, fastidio y aburrimiento, y finalmente la naturaleza aventurera del individuo (Gutierrez, 2011).

### **Privado de libertad**

El simple hecho de estar privado de la libertad puede generar consecuencias emocionales en el sujeto, afectando así en su desenvolvimiento en el ámbito familiar, laboral y social. Estas pueden desplegar una sucesión de reacciones y distorsiones cognitivas, emocionales y perceptivas, todo eso ocasionado por la tensión emocional dentro del ambiente carcelario (Altamirano Argudo, 2013).

La privación de libertad hace referencia al régimen penal que se asigna al individuo que ha cometido una acción delictuosa, siendo señalado así por un tribunal mediante un proceso público judicial, lo cual radica en la privación del derecho a la

libertad en un lugar establecido durante un lapso de tiempo que se decreta en la sentencia condenatoria, sujeto a un determinado sistema de vida (Hassan, 2014).

Cabe recalcar que ciertos centros penitenciarios están contruidos con espacios pequeños, los cuales imposibilitan la vida diaria en prisión, por ende es poco favorecedor la rehabilitación, algunos cuentan con servicio de enfermería, cocina, talleres y bibliotecas. Además se debe tener en cuenta que existe la inserción social dirigida a PPL que obtienen el régimen abierto, donde deben cumplir con la responsabilidad de controles rígidos, asistiendo una vez por semana al centro CPL, teniendo la oportunidad de estudiar o trabajar en el exterior.

Por consiguiente una encuesta realizada en 2011 a 500 internos, en las prisiones de España, donde la temática fue el consumo de drogas y salud, dejó como resultado que el consumo de sustancias psicoactivas es una realidad, y que además predomina el consumo de cannabis, por ende la población privada de libertad es un grupo predispuesto al consumo de sustancias, el cual es uno de los principales causantes de problemas de salud, tanto por su frecuencia como por su gravedad.

### **Factores de riesgo**

Se debe tener en cuenta que son diversos los factores de riesgo para las PPL en cuan al consumo de drogas, uno de los mayores problemas que se encuentra relacionado al consumo de sustancias dentro del centro penitenciario es, la violencia tanto física como psicológica e intimidación que se da dentro del mismo, los cuales se encuentran conectados con la droga, llegando en ocasiones a endeudarse con compañeros, en los cuales los amigos y familiares se han visto envueltos y presionados llevar droga hasta el interior de la prisión para saldar así dichas deudas.

Se ha detectado también que son varias las personas que su consumo de sustancias ha iniciado durante su permanencia en prisión, además, el tráfico de drogas dentro de las prisiones está a la orden del día, resaltando que el consumo y tráfico van unidos. También se logra rescatar que dentro de los factores de riesgo se encuentran asociados los sentimientos de culpabilidad y tristeza debido al encarcelamiento.

Dichas situaciones explicadas anteriormente como son, el aislamiento, tristeza y frustración, hacen que se pueda llegar a comprender, aunque no sea motivo de su

justificación, el uso y abuso de sustancias ilegales en prisión. De hecho es habitual escuchar que los reclusos se inclinan por el consumo, con la finalidad de “no pensar” y que “el tiempo pase lo más rápido posible”. Estas son las actitudes que producen en ocasiones las intoxicaciones, sobredosis e incluso en ocasiones llegar hasta el suicidio (Peinado, 2015).

Además los trastornos depresivos y del estado de ánimo se encuentran enlazados a los factores individuales, que generan un riesgo muy elevado para una posible aparición de adicciones.

Elementalmente, una persona con depresión puede llegar a la automedicación de consumo de medicamentos como forma de intentar combatir los síntomas de malestar y terminar con el sufrimiento. Se dan casos en donde las depresiones son prolongadas, la resistencia de la persona se ve seriamente disminuida. Por otra parte, la combinación de diversos medicamentos sin la adecuada supervisión médica puede dar lugar a un empeoramiento de los síntomas de malestar por efecto rebote, facilitando la búsqueda de alivios rápidos por otras alternativas, como son el refugio en las drogas entre las más comunes están el alcohol y el cannabis.

Y finalmente, pero no de poca importancia, se debe indicar que el consumo de drogas genera un deterioro del entorno social en los cuales se ven involucrados los familiares, amigos, vecinos, conocidos, lo que conduce a que resulte complicado en las personas adictas el hecho de plantearse objetivos, como proyectos de vida. A esto contribuye su baja autoestima, su bajo autocontrol, la carencia de pensamientos críticos hacia la adicción, la deficiente percepción de valores y atributos positivos e interiorizados por estar expuesto al consumo.

### **Consumo y tratamiento de drogas en prisión**

Los individuos que se encuentran privados de la libertad que consumen drogas, en su mayoría pertenecen a colectivos solitarios socialmente, los cuales no cuentan con la facilidad de poder acceder a los programas de prevención y tratamiento de los padecimientos por abuso de estas sustancias, cuando se hallan en libertad, antes de entrar en prisión. Por ello la prisión se debe de ver como una oportunidad para que estas personas tengan acceso a estos tratamientos (Peinado, 2015).

## **Bienestar psicológico en prisión**

Los efectos más importantes de dichos procesos, en especial el proceso de tensión, se producen sobre la salud mental, entendida ésta como una variable dinámica. Así, en este modelo, además de incluir la sintomatología ansioso-depresiva, como equivalente al agotamiento emocional del recluso, y el nivel de desgaste psicológico global, se considera la existencia de sintomatología relacionada con problemas de salud mental concretos como pueden ser la somatización, ideación paranoide, entre otros (Altamirano Argudo, 2013).

## **TÉCNICAS APLICADAS**

Para la recolección de información se aplicaron técnicas de diferente tipo, empezando por la historia clínica como elemento básico del psicólogo clínico, para lo cual se fue combinando en diferentes momentos con la observación psicológica y la entrevista semiestructurada a la persona con quién se está trabajando. Describimos a continuación estas técnicas.

**Historia clínica:** Es una herramienta utilizada para recolectar datos de gran utilidad para el psicólogo clínico, como son los personales, familiares, escolares, entre otros, tanto en la niñez, como en la adolescencia y adultez del paciente, teniendo como finalidad de tener una base para las posibles alternativas de solución terapéutica. Dicha técnica se la realizó en distintas sesiones, cada una con una duración de 30 a 40 minutos.

**Observación psicológica:** Esta técnica se aplicó con el objetivo de observar la conducta ya sea de manera verbal o corporal de la persona durante la sesión psicológica, además de que se obtiene información mientras estamos aplicando los test psicológicos lo que permite hacer hipótesis y verificarlas. A medida que se iba dando a cabo el proceso de la sesión, se dio la oportunidad de ir tomando notas sobre todos y cada uno de sus movimientos, los cuales los cuales fueron de gran ayuda para descifrar los signos que el paciente trasmite mediante sus aspectos:

Medir su aspecto físico

Compostura

Observación de gestos o mímicas

Descripción del entorno

Descripción del comportamiento

Manera de expresarse

**Entrevista Semiestructurada:** Fue utilizada para indagar lo más evidente relacionado a los síntomas presentados en el paciente, la cual se realiza a través de preguntas abiertas y espontáneas que de acuerdo a la respuesta del paciente se puede ir modificando. De aquí se toma en cuenta la fluidez de su diálogo, la tensión al momento de contestar y la amplitud de las respuestas dependiendo del tema, que junto a los criterios manifiestos pueden configurar una estructura de pensamiento acerca de su estado actual y las condiciones ambientales que influyen en esta persona.

Además de lo antes mencionado, se aplicaron pruebas psicométricas para valorar los niveles de afectación con respecto a la depresión y el consumo de sustancias. Se consultó con expertos con expertos y luego del propio análisis de la autora del presente trabajo, se seleccionaron los siguientes test.

**Inventario de depresión Beck:** El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, Aarón T. Beck en 1961, está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual) se eligió este inventario para evaluar si el paciente se halla afectado por esta patología, la prueba tiene una duración de 20 a 25 minutos (Psycociencia, 2014).

Se aplicó esta prueba con el objetivo de medir sus niveles de depresión en las 2 dimensiones propuestas por el mismo test, siendo la primera cognitivo-afectivo y la segunda somático-vegetativa.

**Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST):** El test de ASSIST es confiable, relevante a nivel transcultural que identifica nivel de riesgo para diferentes sustancias. Consta de 8 preguntas para explorar 6 áreas, como el uso de sustancias a lo largo de la vida, uso de sustancias durante los últimos tres meses, problemas relacionados con el consumo, riesgo actual de presentar problemas en el

futuro, la posibilidad de dependencia y el uso de drogas por vía intravenosa. Identifica el consumo como factor de riesgo, informa a las personas sobre su nivel de riesgo, favorece la reflexión y además vincula con la intervención breve y con el tratamiento, el Tiempo de aplicación es de 20 a 30 minutos (Alfonso, 2013).

Esta prueba fue aplicada con el objetivo de detectar una posible dependencia al consumo de cannabis específicamente la marihuana.

## **RESULTADOS OBTENIDOS**

“Andrés” (nombre protegido) es una persona privada de libertad de 35 años, de sexo masculino, se encuentra bajo prisión durante 2 años. Acude a valoración Psicológica solicitada por parte del Centro de Privación de Libertad Babahoyo. Es acusado de tenencia ilegal de armas, al ser encontrado con una pistola calibre 38 en un comedor, por lo que es detenido y llevado al centro de privación de libertad.

Para el presente estudio de caso se realizaron cinco sesiones detalladas de la siguiente manera:

### Primera sesión

La primera sesión dirigida a la PPL, se la llevo a cabo el 28 de noviembre del 2019 alrededor de las 9 de la mañana, donde se estableció el rapport, se realizó la explicación del objetivo de la entrevista, mencionándole el proceso que se va a llevar a cabo, teniendo un mutuo acuerdo, estableciendo un compromiso con el paciente para que asista a las siguientes sesiones. Se recogieron los datos de identificación del paciente, así mismo el motivo de consulta, como también sus antecedentes familiares donde manifiesta que vive con su madre y tres hermanos, manteniendo una buena relación afectiva. El paciente manifiesta que tuvo tres compromisos fallidos, en los cuales indica que no procreo ningún hijo, aunque dudo y sonrió al momento de responder.

Menciona tener el arma solo por protección y que fue “sapeado” por su esposa, con quién actualmente no mantiene una buena relación. El paciente es sentenciado a tres años de reclusión, lo que le ha traído problemas adicionales, entre los que se destacan el consumo de drogas y la depresión.

### Segunda sesión

Es realizada el 2 de diciembre del 2019, aproximadamente a las 10 de la mañana, con una duración de 45 minutos. Se continúa con el registro de la entrevista clínica del paciente registrando datos sobre la historia del cuadro psicopatológico actual, en el cual el P.I manifiesta sentirse intranquilo allí en la prisión, quiere salir por ende su vida ha cambiado mucho ya que no está con su familia, también se obtuvieron datos de los hechos psicotraumaticos e ideas suicidas y la topología habitacional. Donde se rescata que ha manifestado ideas suicidas, y en ocasiones ha practicado “cutting”.

### Tercera sesión

Esta sesión se lleva a cabo el 4 de diciembre del 2019, alrededor de las 9 de la mañana, donde se obtuvieron datos de su historia personal como son: su escolaridad, historia laboral, infancia, adaptación social, afectividad y psicosexualidad, además de su psicosexualidad, la alimentación, el sueño, historia legal y proyecto de vida. La sesión duró 45 minutos.

Menciona pasar la mayor parte del tiempo encerrado en su celda, sin ganas de hacer nada, en ocasiones cuando recibe una llamada de su madre, ella empieza a decir que deje esa mala vida, que se porte bien, porque ella se siente decepcionada de él. Al terminar la llamada la PPL rompe en llanto.

### Cuarta sesión

Esta sesión se la realizó el 6 de diciembre del 2019, donde se procedió a la toma del test de depresión de Beck para medir síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión. Se le explicó al paciente el procedimiento y se le dio el material necesario, por lo que se dispuso a realizarla de manera inmediata. La sesión duró 45 minutos, luego de lo cual se consultó su estado actual, indicando que estaba tranquilo y no había novedad.

### Quinta sesión

Ejecutada el 9 de diciembre del 2019, donde se realizó la toma de muestra de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), para medir el uso de sustancias a lo largo de su vida, los problemas relacionados con el

consumo. La sesión duró 40 minutos, luego de lo cual pidió retirarse porque se sentía un poco mal de salud.

### Sexta sesión

El 19 de diciembre del 2019 se procede a la devolución de la entrevista con un psicodiagnóstico presuntivo, se explica lo encontrado y se hace la recomendación de continuar un proceso terapéutico indicando los posibles beneficios si se cuenta con el compromiso del paciente.

### **Situaciones detectadas**

Una vez realizado el procedimiento de recolección de información, se pudo establecer las siguientes situaciones:

Existe cierta dependencia hacia su madre, además que ha empezado con el hábito de consumir marihuana, se siente triste por no recibir visitas de su mamá y hermanos, siente que ha defraudado a su madre. Además de mantener pésima alimentación, pérdida de peso, pocas ganas de salir al patio debido a que mantiene poca relación social con los demás reclusos y también por evitar conflictos.

En la puntuación de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), arrojan un puntaje de 35, lo que significa que corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y por consiguiente hay gran probabilidad de que sea dependiente.

El consumo de marihuana busca eliminar malestar, sentirse bien, y así olvidar el encierro, para evitar tener tantos pensamientos de hacer “cosas malas”, lo que hace ver de su estado de conciencia y al preguntarle al respecto indica que sabe que no debe robar, pelear con los demás reclusos, e incluso esas ideaciones suicidas, manifestando que es víctima de las circunstancias que le ha tocado vivir.

Las puntuaciones del test de depresión de Beck arrojaron un puntaje de 32 lo que manifiesta que tiene un nivel de depresión grave, según los criterios del DSM V se encuentra un trastorno de depresión mayor moderado 296.22 (F32.1). Las áreas exploradas son las siguientes:

Afectiva: Es una persona tranquila, amable, distraído, refleja estados de tristeza al hablar de su situación actual, presencia de preocupación por sus familia, perdida de sueño.

Cognitiva: Durante la entrevista se puso en manifiesto los pensamientos disfuncionales de la persona privada de libertad tales como sentimientos de culpabilidad, pensamientos de inutilidad, inseguridad, desconfianza en sí mismo.

Conductual: En el área conductual se puso en manifiesto el aislamiento y distanciamiento en las relaciones interpersonales con su entorno social y familiar, ya que provocaba que tenga discusiones con su madre y compañeros de celda.

Pensamiento: Por consiguiente en esta área el paciente manifiesta pensamientos negativos como: “soy un fracasado”, “me siento feo”, “soy la oveja negra de la familia”.

Somática: Menciona sentir dolores de cabeza, dolores de huesos en ocasiones al no consumir la sustancia deseada.

Las áreas mencionadas anteriormente tanto la afectiva, conductual, Cognitiva, el pensamiento y lo somático nos llevan al diagnóstico de un síndrome en específico el cual es Depresivo.

### **Soluciones planteadas**

Luego de haber realizado el psicodiagnóstico presuntivo, se procedió a la búsqueda de un tratamiento idóneo para mejorar el estilo de vida del paciente, por ende se propone un proceso psicoterapéutico, estructurado desde el enfoque cognitivo conductual.

Se pretende ayudar al paciente a modificar ciertas conductas, mostrándole que sus conclusiones negativas y excesivamente generales son incorrectas, logrando que el P.I entienda que, de hecho, no ha perdido la capacidad de funcionar como en épocas anteriores, sino que su pesimismo dificulta la movilización de los recursos necesarios. Llegando así a reconocer que el origen de su problema es un error cognitivo: es decir que piensa incorrectamente al decir que es un fracasado, y que esto influye negativamente sobre su conducta.

En el área cognitiva: se establece técnicas como la reestructuración cognitiva, fundamentadas en la detección de los pensamientos, la confrontación de ideas y la autorreflexión. En el área conductual el objetivo estuvo encaminado a una adecuada relación con su pareja y compañeros de celda.

### **Técnica N° 1: Reestructuración cognitiva**

Meta: la meta de la reestructuración cognitiva es modificar o literalmente “reestructurar” las creencias y valoraciones que tiene la persona ansiosa sobre la amenaza.

Actividad: Esta técnica consiste en tratar de relajar al paciente tomando en cuenta que este en un ambiente tranquilo, temperatura adecuada, que la luz sea moderada, preferible se utiliza un sillón o un diván en donde el paciente ubique los brazos y las piernas ligeramente apartadas del cuerpo, luego se intenta relajar los músculos mediante la regulación de la respiración hasta llegar a una respiración lenta y que los músculos se encuentren completamente relajados.

Efecto esperado: Que el paciente logre autoinducirse en una fase de relajación, aplicando la técnica aprendida.

Sesiones: 1 sesión con 25 a 30 minutos de duración.

### **Técnica N° 2: Programación de actividades**

Meta: La programación de actividades se la realiza con el objetivo de contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas.

Actividad: esta técnica consiste en determinar actividades específicas, comprometiéndose el paciente a registrar sus pensamientos y sentimientos mientras esté realizando cada tarea.

Efecto esperado: que el paciente logre salir de su rutina diaria como es la de pasar encerrado, sin hacer nada. Y así se mantenga ocupado y evite esos pensamientos induciendo al paciente a darse cuenta de cuáles son las actividades que le proporcionan una mejoría, aunque sea leve, de los sentimientos depresivos.

Sesiones: 1 sesión con 30 minutos de duración.

### **Técnica N° 3: detección de los pensamientos**

Meta: Esta técnica tiene como meta lograr que el paciente identifique los pensamientos que están afectando a su estado emocional a cambiar sus ideas negativas que está causando malestar.

Actividad: se le pide al paciente que atrape cuantos pensamientos le sean posibles y los anote en un cuaderno, además se le manifiesta que reserve un cierto período de tiempo, por ejemplo, 15 minutos cada tarde, para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas con cada uno de ellos.

Efecto esperado: Recuperar la confianza en sí mismo y especificar las cogniciones que mantienen o agravan la depresión.

Sesiones: 1 sesión con 25 a 30 minutos de duración.

### **Técnica N° 4: Técnica de relajación, percepción de grupos musculares**

Meta: Que el paciente aprenda técnicas de relajación que supriman reacciones fisiológicas que activen la compulsión de consumir drogas

Actividad: el terapeuta debe usar un tono de voz lento y pausado, se le pide al paciente que cierre sus ojos y que preste atención, que proceda a inhalar y exhalar, que preste atención a su cabeza y proceda a inhalar y exhalar, luego que preste atención a la frente, nariz y orejas, y proceda a lo mismo de inhalar y exhalar, que sienta como inhala y exhala, así continuamente con cada parte de su cuerpo. Al final se le pide que abra sus ojos lentamente y empiece a sentir su cuerpo moviéndose lentamente e incluso llegar a sentir cada latido de su corazón.

Efecto esperado: Mediante el uso de esta técnica el paciente reducirá en cierto grado el deseo por consumir drogas.

Sesiones: 1 sesión con una duración de 30 a 40 minutos.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez cumplido con todos los procesos del protocolo a seguir del siguiente estudio de caso se logra detectar que, existe una estrecha relación entre la depresión y el consumo de drogas, reforzándose conjuntamente, por lo tanto se alcanzó el objetivo propuesto que era determinar la influencia entre ambas, mediante el empleo de las siguientes técnicas y herramientas entre las cuales están, la observación psicológica, la entrevista clínica, instrumentos de evaluación psicodiagnóstica tales como: el Test de Depresión de Beck (BDI II) y la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), fueron de gran ayuda para la detección de cierta patología emocional que estaba afectando a la PPL.

La Depresión se da principalmente por el ambiente que rodea al P.I y de allí los pensamientos negativos debido a su situación actual suscitada por su privación de libertad desencadenando un consumo elevado de drogas, en su mayoría la marihuana. En el intento de reducción de aquellos efectos, se dio la necesidad de implementar un esquema de intervención terapéutica.

A través de los test realizados se logra observar que se encuentran afectadas las áreas cognitiva afectiva y conductual del paciente debido a que se destaca ideaciones de desesperanza y tristeza, ocasionados por el distanciamiento de su familia en especial su madre. Cabe recalcar que su condición de privado de libertad también afecta significativamente en la PPL conllevándole a una intranquilidad relacionada con su entorno.

Cabe recalcar que se logró detectar según los criterios del DSM V un trastorno de depresión mayor moderado 296.22 (F32.1) y también que el P.I corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y por consiguiente hay gran probabilidad de que sea dependiente.

Entre los síntomas predominantes de la depresión se encuentran los siguientes: creencia de ser un fracasado absoluto, insatisfacción, sentimientos de

culpabilidad, actitud crítica hacia sí mismo, cambios en el hábito de sueño y pérdida del interés.

Por consiguiente se debe resaltar que existen factores de riesgo como son, el aislamiento, tristeza y frustración, uno de los mayores problemas que se encuentra relacionado al consumo de sustancias dentro del centro penitenciario es, la violencia tanto física como psicológica e intimidación que se da dentro del mismo, además de escasas actividades de relajación, actividades con familiares del PPL y charlas sobre temas de drogas.

Finalmente se debe tomar en cuenta los factores de protección que se dan para dicho paciente, entre los cuales se encuentran su madre y hermanos. Se logró mejoramiento en la salud mental del paciente, desde las primeras sesiones de evaluación

Una vez establecido esto, se procede a plantear algunas recomendaciones que sirvan de ayuda para el Centro de Privación de Libertad Babahoyo. Implementar charlas educativas acerca del consumo de droga, sus factores de riesgo y consecuencias, realizar actividades psicológicas, de relajación, visita familiar más seguidas, para lograr distracción en los PPL y no se queden encerrados en sus celdas, fomentar el respeto mutuo entre todos los que se encuentran dentro del CPL.

Además se espera que dicho estudio de caso sirva como modelo o ejemplo para nuevos estudios profesionales relacionados al tema, ya que son escasos los estudios que se han llevado a cabo sobre dicha temática.

## BIBLIOGRAFIA

- Alfonso, D. L. (2013). *Taller Nacional Conjunto DEVIDA-MINSA-OPS/OMS “Fortalecimiento de las capacidades nacionales para gestionar respuestas de salud pública en atención integral al consumo de sustancias psicoactivas: Detección temprana, Intervenciones breves y mejoramiento.* Lima, Perú.
- Alonso, I. Z. (2010). *Depresión generalidades y particularidades.* La Habana: Ecimed.
- Altamirano Argudo, Z. (2013). *El Bienestar Psicológico En Prisión: Antecedentes Y Consecuencias.* Madrid.
- APA. (2014). *DSM-5 Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales (5ta. ed.).* España: Médica Panamericana.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva De La Depresión (ed. 19).* New York: Desclée De Brower, S.A.,.
- Beltrán, M., Freyre, M. Á., & Hernández Guzmán, L. (2011). *El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente.* Mexico.
- Gutierrez, C. (2011). *La investigación profesional sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas desde trabajo social.*
- Hassan, A. (2014). *Historia de los centros reclusorios.* Buenos Aires.
- Larrarte Martínez, D. A., Sanabria Español, E., Leal Hernández, A., Serrano Rincón, L. E., Sarmiento Muñoz, E., & Cuenca Tovar, R. E. (2018). Efectos generados por el consumo de sustancias psicoactivas. *Universidad Manuela Beltrán*, 10.
- Lázaro, A. &. (2016). Prevención del abuso de drogas y promoción de la salud en los jóvenes. . *REXE-Revista de Estudios y Experiencias en Educación.*
- Menéndez, R. Á. (2014). Los rubros “casi” olvidados de las drogas duras. *Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 11(1).
- Morocho Jerez, M. V., & Jara Chuchuca, H. D. (2016). *Factores De Riesgo Que Influyen En La Depresión, Ansiedad E Ideas Suicidas En Reclusos.* Azogues.
- OMS (2017). *Trastornos Mentales.*
- Peinado, M. J. (2015). *Drogodependencias Y Prisión:.* Reino unido.
- Psycociencia.* (19 de 08 de 2014). Obtenido de Psycociencia . (19 de 08 de 2014).  
Inventario de depresión//www.psycociencia.com/pdf-inventario-de-depresion-de-beck/

Redondo Alfaro, D. F. (2015). *Adaptacion De La Segunda Version Del Inventario De Depresion De Beck Al Gran Area Metropolitana De Costa Rica*. Costa Rica.

Rojas Valero, M. J., Rodríguez Chacón, A. B., Zereceda Gyax, J., & Otiniano Campos, F. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima, Perú.

# ANEXOS

## **Anexo 1: Fotografías**

### **Imagen 1**

La autora del estudio de caso Sully Silvana Paredes Escobar en compañía del tutor del proyecto Dr. Heriberto Luna Álvarez durante la primera sesión de tutoría



**Imagen 2**

Aplicando la Entrevista Clínica al paciente para recabar información desde sus antecedentes hasta la actualidad.



**Anexos 2.- Historia Clínica Psicológica**

**HISTORIA CLÍNICA**

HC. # \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

## **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Género: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Remitente: \_\_\_\_\_

## **2. MOTIVO DE CONSULTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

## **5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL**

### **6. HISTORIA PERSONAL**

#### **6.1. ANAMNESIS**

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **6.3. HISTORIA LABORAL**

\_\_\_\_\_

---

**6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL** \_\_\_\_\_

---

---

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

---

---

**6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD** \_\_\_\_\_

---

---

**6.7. HÁBITOS** (café, alcohol, drogas, entre otros) \_\_\_\_\_

---

---

**6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO** \_\_\_\_\_

---

---

**6.9. HISTORIA MÉDICA** \_\_\_\_\_

---

---

**6.10. HISTORIA LEGAL** \_\_\_\_\_

---

---

**6.11. PROYECTO DE VIDA** \_\_\_\_\_

**7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

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

—

**7.2. ORIENTACIÓN** \_\_\_\_\_

---

**7.3. ATENCIÓN** \_\_\_\_\_

---

**7.4. MEMORIA** \_\_\_\_\_

---

**7.5. INTELIGENCIA** \_\_\_\_\_

---

7.6. PENSAMIENTO \_\_\_\_\_

7.7. LENGUAJE \_\_\_\_\_

7.8. PSICOMOTRICIDAD \_\_\_\_\_

7.9. SENSOPERCEPCION \_\_\_\_\_

7.10. AFECTIVIDAD \_\_\_\_\_

7.11. JUICIO DE REALIDAD \_\_\_\_\_

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

**8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

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

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

**10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

**11. PRONÓSTICO**

**12. RECOMENDACIONES**

**13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

**Anexo 4.- Escala de depresión de Beck**

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

NOMBRE:.....

FECHA:.....

1. En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos: A continuación señale cuál de las afirmaciones, de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana incluido el día de hoy.

1.0 No me siento triste

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

2.0 No me siento especialmente desanimado (S) ante el futuro

- 1 Me siento desanimado con respecto al futuro
- 2 Siento que no tengo nada que esperar
- 3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden mejorar

3.0 No creo que sea un fracasado

- 1 Creo que e fracasado más que cualquier persona normal
- 2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
- 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona

4.0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como las que solía obtener antes

- 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
- 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5.0 No me siento especialmente culpable

- 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
- 2 Me siento bastante culpable casi siempre
- 3 Me siento culpable siempre

6.0 No creo que este siendo castigado

- 1 Creo que puedo ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Creo que estoy siendo castigado

7.0 No me siento decepcionado a mí mismo

- 1 Me he decepcionado a mí mismo
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
- 3 Me odio

8.0 No creo se peor que los demás

- 1 Me critico por mis debilidades y mis errores
- 2 Me culpo siempre por mis errores
- 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede

9.0 No pienso matarme

- 1 Pienso en matarme, pero no lo haría
- 2 Me gustaría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad

- 10.0 No lloro más que de costumbre
- 1 Ahora lloro más de lo que solía hacer
  - 2 Ahora lloro todo el tiempo
  - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera
- 11.0 Las cosa no me irritan mas que lo de costumbre
- 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre
  - 2 Estoy bastante irritado o afectado una buena parte del tiempo
  - 3 Ahora me siento irritado todo el tiempo
- 12.0 No he perdido el interés de otra persona
- 1 Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
  - 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas
  - 3 Ya no puedo tomar mis decisiones
- 13.0 Tomo decisiones casi como siempre
- 1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
  - 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
  - 3 Ya no puedo tomar más decisiones
- 14.0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
  - 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que hacen parecer poco Atractivo
  - 3 Creo que me veo feo
- 15.0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
  - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
  - 3 No puedo trabajar en lo absoluto
- 16.0 Puedo dormir tan bien como siempre
- 1 No duermo también como solía hacerlo
  - 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta Mucho volver a dormirme
  - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme
- 17.0 No me canso más que de costumbre
- 1 Me canso más fácilmente que de costumbre
  - 2 Me canso sin hacer casi nada
  - 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo

- 18.0 Mi apetito no es peor que de costumbre  
 1 Mi apetito, no es tan bueno como solía ser  
 2 Mi apetito esta mucho peor ahora  
 3 Ya no tengo apetito
- 19.0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo  
 1 He rebajado más de 2 kilos y medio  
 2 He rebajado más de 5 kilos  
 3 He rebajado más de 7 kilos y medios
- 20.0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre  
 1 Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo dolores, molestias Estomacales, o estreñimientos  
 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en Cualquier otra cosa  
 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna Otra cosa
- 21.0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo  
 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar  
 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo  
 3 He perdido por completo el interés por el sexo

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión\*

- 1-10.....Estos altibajos son considerados normales.  
 11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.  
 17-20.....Estados de depresión intermitentes.  
 21-30.....Depresión moderada.  
 31-40.....Depresión grave.  
 + 40.....Depresión extrema.

\* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda Profesional.

## **Anexo 5.- Prueba de detección y consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)**

## La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico  Clínica   
 Identificación o nombre del usuario  Fecha

### Introducción (léasela al usuario o adapte a las circunstancias locales)\*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas por su médico**. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros motivos que los recetados**, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, díganoslo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1   A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	NO SI
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	NO SI
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	NO SI
d	Cocaína (coca, crack, etc.)	NO SI
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	NO SI
f	Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	NO SI
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	NO SI
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	NO SI
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	NO SI
j	Otras, especifique: _____	NO SI

Si todas las respuestas fueron negativas pregunta: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.  
 Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

\* El ASSIST V3.1 debe utilizarse como "libro" para fines clínicos. Para fines de investigación, utilice la versión anterior ASSIST V3.0.

PREGUNTA 2   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?						
	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente	
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	2	3	4	6
d	Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f	Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j	Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

<b>PREGUNTA 3   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6
<b>PREGUNTA 4   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

<b>PREGUNTA 5   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

<b>PREGUNTA 6   ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 7   ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachts, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			
PREGUNTA 8   ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

## NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este periodo para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.