



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN Y
HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicoterapéutica en caso clínico relacionado
al síndrome de dependencia por múltiples drogas**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Bermeo Veintimilla, Mildra Lizbeth

Director: Calva Camacho, Evelin Astrid

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 13 de septiembre del 2022

Doctora

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica en caso clínico relacionado al síndrome de dependencia por múltiples drogas, realizado por Mildra Lizbeth Bermeo Veintimilla, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Evelin Astrid Calva Camacho

C.I.: 1104792666

Correo electrónico: eacalva1@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Mildra Lizbeth Bermeo Veintimilla, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica en caso clínico relacionado al síndrome de dependencia por múltiples drogas, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: 3 capítulos, marco teórico, metodología y resultados, siendo la Mgtr. Evelin Astrid Calva Camacho, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Mildra Lizbeth Bermeo Veintimilla

C.I.: 1105858573

Correo electrónico: mlbermeo5@utpl.edu.ec

Dedicatoria

A mi papi Estuardo por brindarme fortaleza para cumplir mi meta. Cuando me veo en el espejo, te veo a ti.

A mis queridos abuelitos Adalberto y Carmen, por guiarme desde siempre para llegar a cumplir un sueño más, inculcarme lucha y esfuerzo para superar cada adversidad y porque con sus palabras de aliento me acompañaron en los momentos difíciles. Siempre los llevo en mi corazón.

Agradecimiento

A mi mami por su cariño, esfuerzo y apoyo incondicional durante todo mi proceso universitario, y por ser el motor que me impulsa a cumplir mis objetivos.

A mis hermanas por creer en mí, darme ánimo y acompañarme desde siempre.

Finalmente, a mi tutora por su ayuda, paciencia, dedicación, conocimientos brindados y guía durante este proceso.

Índice de contenido

Carátula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Índice de tablas.....	VIII
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo uno.....	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 Identificación del paciente	7
1.1.2 Motivo de consulta	7
1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología.....	8
1.2 Proceso de Evaluación.....	9
1.3 Diagnóstico	21
1.3.1 Diagnóstico presuntivo.....	21
1.3.2 Diagnóstico diferencial	21
1.3.3 Diagnostico Final.....	24

Capítulo dos	26
Metodología	26
2.1. Tratamiento/Intervención	26
2.1.1. Objetivos terapéuticos	26
2.1.1.1. Objetivo general:	26
2.1.1.2. Objetivos específicos	27
2.1.2. Plan de tratamiento/intervención	26
Capítulo tres	36
Resultados	36
Discusión	41
Conclusiones	45
Recomendaciones	46
Referencias	47

Índice de tablas

Tabla 1 Ficha técnica del Inventario de depresión de Beck.	11
Tabla 2 Ficha Técnica del Cuestionario de Salud General de Golberg -GHQ28-	12
Tabla 3 Ficha Técnica del MOCA Montreal Cognitive Assesment.	13
Tabla 4 Ficha Técnica del Cuestionario AUDIT para el Consumo de Alcohol.	13
Tabla 5 Ficha técnica de la Escala de Hamilton para la ansiedad.	14
Tabla 6 Ficha técnica del Cuestionario de la Personalidad SEAPsl.	15
Tabla 7 Ficha Técnica de la Escala de Impulsividad de Barrat.	16
Tabla 8 Ficha técnica de la Escala ASSIST V3.0.	17
Tabla 9 Ficha técnica del Test de la persona bajo la lluvia.	18

Tabla 10 Resultados de la aplicación de instrumentos.....	19
Tabla 11 Criterios diagnósticos de fobia social	22
Tabla 12 Criterios diagnósticos trastorno de ansiedad generalizada.....	23
Tabla 13 Plan terapéutico.....	27
Tabla 14 Resultados de seguimiento del Inventario de Depresión de Beck.....	36
Tabla 15 Resultados de seguimiento de la Escala de Hamilton para la Ansiedad.....	36
Tabla 16 Resultados de seguimiento de la Escala de Impulsividad de Barrat.....	37
Tabla 17 Resultados de seguimiento de la Escala ASSIST V3.0.....	37
Tabla 18 Análisis Cualitativo.....	38

Resumen

El presente caso clínico abarca la problemática de un adolescente, que recibe tratamiento ambulatorio en un centro de rehabilitación, por problemas relacionados con trastorno depresivo recurrente y síndrome de dependencia por consumo de múltiples drogas. En el proceso de evaluación se utilizó test como el Inventario de Depresión de Beck, Ansiedad de Hamilton, Impulsividad de Barrat y ASSIST V3.0. Se realizó una intervención psicológica mediante el modelo cognitivo conductual que abarcó técnicas enfocadas en la modificación tanto de pensamientos como de conductas asociadas a su depresión y consumo. Dentro de los principales resultados se evidenció un mejor estado de ánimo, reducción notable del consumo, elevada autoestima, autocontrol y adecuada capacidad para comunicarse asertivamente y tomar decisiones, además se generó un proyecto de vida que le permitió mejorar la interacción con su entorno y su calidad de vida, dentro y fuera de la institución, para prevenir posibles recaídas.

Palabras clave: Síndrome de dependencia, depresión, sustancias psicoactivas.

Abstract

The present clinical case covers the problems of an adolescent, who receives outpatient treatment at a rehabilitation center, for problems related to recurrent depressive disorder and multiple drug dependence syndrome. In the evaluation process, tests such as the Beck Depression Inventory, Hamilton Anxiety, Barrat Impulsivity and ASSIST V3.0 were used. A psychological intervention was carried out using the cognitive-behavioral model that included techniques focused on the modification of thoughts and behaviors associated with depression and drug use. The main results showed a better mood, a notable reduction in consumption, high self-esteem, self-control and adequate ability to communicate assertively and make decisions. In addition, a life project was generated that allowed her to improve her interaction with her environment and her quality of life, inside and outside the institution, to prevent possible relapses.

Key words: Dependence syndrome, depression, psychoactive substances.

Introducción

El consumo de sustancias constituye uno de los trastornos mentales más comunes y persistentes en la actualidad, esta problemática ha tomado gran relevancia en los últimos tiempos por los efectos ocasionados a corto y largo plazo que producen cambios psicológicos, físicos y emocionales, causando daño a la integridad de la persona y quienes se encuentran a su alrededor. Si bien es cierto, el consumo de drogas, algunas veces se da por prescripción médica para el inicio de un tratamiento, sin embargo, el abuso de las mismas implica un alto nivel de riesgo que involucra la interacción entre el cerebro y los determinantes del individuo, ya sean biológicos, psicológicos y sociales.

Dicho trastorno es considerado como aquel que emerge a edad temprana, siendo la población adolescente la más vulnerable debido a la conducta impulsiva que se presenta y la presión social ejercida por el grupo de pares, colocándose en situaciones de riesgo donde no se expone un correcto manejo de las emociones y dificultad para la toma de decisiones, junto a las escasas conductas de autocuidado. No obstante, el consumo de sustancias dependerá de otras circunstancias como la formación, autoconocimiento, educación y tipo de comunicación con la familia y las figuras de autoridad. (Tena-Suck et al., 2018).

De tal manera que la dependencia a las sustancias se caracteriza por el uso compulsivo de las mismas a pesar de las consecuencias negativas que puedan presentarse, además del comportamiento que el sujeto dependiente toma de manera voluntaria otorgando cambios en el funcionamiento del sistema nervioso central, revelando disfunciones en regiones del cerebro críticas para el aprendizaje, la memoria y el control de la conducta. (Organización de los Estados Americanos [OEA], s.f.).

Cabe recalcar que en algunas situaciones este consumo suele ir acompañado por una afectación en el estado emocional, principalmente episodios depresivos, de tal manera que la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2017) explica que el trastorno depresivo mayor referente al caso presentado se caracteriza por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés y placer, sentimientos de culpa, autoestima baja, alteraciones del sueño

y apetito, fatiga y falta de concentración, el mismo puede ser duradero o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de su vida cotidiana y en condiciones severas conducir al suicidio.

En cuanto a la prevalencia a nivel mundial, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNUDUC] (2018) establece que el 5,6% de la población, equivalente a 275 millones de personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años consumieron drogas al menos una ocasión, así mismo 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos derivados del consumo perjudicial desarrollado en el que se podría requerir tratamiento.

No obstante nivel nacional se puede decir que en el grupo de más alto de consumo que abarca los 15 a 34 años de edad, menos del 20% declararon haber usado dos o más drogas ilícitas (OEA, s.f.). Así mismo la OPS (2017) expone que mediante una encuesta a estudiantes de países sudamericanos se evidenció un elevado uso de drogas de uso farmacéuticos sin una receta médica, teniendo Ecuador un 3,0% de prevalencia en el uso de tranquilizantes.

Respecto a los trastornos por depresión el riesgo de padecerlos aumenta las ideas, pensamientos, intentos y muertes por suicidio, abuso de sustancias y otros trastornos psicológicos, razón por la que tiene una alta prevalencia del 5,6% en los adolescentes de 13 a 18 años, de inicio a edades tempranas e impacto negativo en el paciente y su familia; además, la existencia del primer episodio depresivo suele presentarse en la adolescencia y se manifiesta con síntomas persistentes que evidencian un cambio en el estado habitual del paciente (Soutullo y Collins, 2022).

Dicho esto, se puede establecer que a nivel mundial el porcentaje varía del 8 al 25% en la población, teniendo una carga de comorbilidad de 3,2% de prevalencia global por episodios depresivos; de igual manera a escala nacional en el año 2017 se registraron 721.071 casos de trastornos depresivos correspondiente al 4,6% de la población (OPS, 2017), de tal manera que dentro de las pautas diagnósticas establecidos en la clasificación internacional de las enfermedades [CIE-10], se debe tomar en consideración las siguientes:

episodios depresivos durante un mínimo de 2 semanas sin antecedentes de exaltación del ánimo o aumento de vitalidad, presentar angustia, agitación, pérdida de estimación de sí mismo y sentimientos de inutilidad, culpa e inferioridad, riesgo suicida notable, ánimo depresivo, y pérdida de interés y capacidad para disfrutar. Con respecto a trastornos por consumo de sustancias se considera la manifestación del síndrome de dependencia, deseo intenso a consumir una sustancia, síntomas somáticos del síndrome de abstinencia, tolerancia y abando progresivo de otras fuentes de placer a causa del consumo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

En cuanto al tratamiento de esta problemática, se ha demostrado que un procedimiento exitoso se basa en el enfoque cognitivo conductual centrándose en el sistema de creencias mediante estrategias especializadas para tratar depresión y consumo abusivo y dependiente a sustancias; esto con la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos disorsionados, reconocimiento de patrones, manejo de situaciones valoradas como estresantes, estrategias de afrontamiento, situaciones ansiosas, herramientas personales de solución de problemas, prevención de recaídas y manejo de emociones (Toloza, 2019).

Así mismo el Ministerio de Salud Pública [MSP] (2016) nos menciona que este tipo de tratamiento permite la identificación de mantenedores en el entorno que propicien el consumo, incentivación de nuevas acciones y actividades en las diferentes áreas del paciente, manejo del síndrome de abstinencia, trabajo en habilidades sociales como asertividad, autoimagen, comunicación, resiliencia, y reinserción de actividades sociales.

Considerando este antecedente y teniendo como base la información recopilada por algunos autores antes mencionados, referente al síndrome de dependencia en consumo de sustancias, y el trastorno depresivo recurrente, se considera que es de suma importancia la investigación de los mismos, debido a que se ha podido determinar la presencia de estas problemáticas en alta prevalencia, con una afectación de las mismas principalmente a la población adolescente; además permite clarificar el proceso de intervención que se debe llevar a cabo en estos pacientes, reduciendo la afectación de la integridad de la persona y

las consecuencias negativas, por ende es importante fomentar las estrategias antes mencionadas que mejoren su capacidad de afrontamiento y calidad de vida.

Finalmente es importante mencionar que la presente investigación está estructurada en varios capítulos, en el primer capítulo correspondiente a marco teórico se describe la presentación del caso mediante identificación del paciente, motivo de consulta, historia y evolución del problema que exponen información relevante sobre el origen de la problemática, antecedentes y sintomatología, así mismo consta el proceso de evaluación que abarca los instrumentos aplicados con su respectiva ficha técnica, del mismo modo contiene el diagnóstico, donde se detalla diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo del caso. El segundo capítulo contempla la metodología donde consta el objetivo general y objetivos específicos del tratamiento, plan terapéutico y desarrollo de las sesiones con la respectiva conceptualización de las técnicas utilizadas. Finalmente, el capítulo tres detalla los resultados obtenidos en el proceso terapéutico, la discusión de resultados llegando al apartado de conclusiones y recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

Paciente, de sexo masculino de 21 años edad, estado civil soltero, con fecha de nacimiento en abril del 2001, de etnia mestiza, religión budista, nivel socio económico bajo e instrucción secundaria, acude a consulta psicológica de manera voluntaria el 25 de abril del 2022 para recibir tratamiento ambulatorio relacionado al consumo de fármacos, alcohol y cannabis.

Concerniente al núcleo familiar, proviene de un hogar monoparental disfuncional conformada su por abuela, hermana y sobrina, con quienes mantiene una relación distante y no existe una comunicación adecuada, caracterizada por la ausencia de la figura paterna desde su concepción con quien no mantuvo una relación y la figura materna por fallecimiento.

Cabe destacar que el paciente anteriormente, se encontró en terapia psicológica en un centro de salud, sin embargo, no tuvo éxito puesto que interrumpió el proceso, además, recibió tratamiento farmacológico durante dos meses relacionado con el consumo de sustancias y depresión, en donde fue prescrito con fluxetina de 20 mg, carbamazepina de 200mg y risperidona de 1g.

1.1.2 Motivo de consulta

El paciente asiste al centro de manera voluntaria, refiriendo no encontrar sentido a su vida y haber sufrido constantes “crisis existenciales”, por lo que en las últimas semanas

presenta tristeza, sentimientos de inferioridad y minusvalía, estado de ánimo bajo, ideas suicidas, poco interés en las actividades de la vida diaria, baja autoestima e intenso deseo por consumir fármacos.

Durante la entrevista psicológica, el evaluado se muestra tranquilo, respetuoso y abierto a participar de la misma, denota cuidado con respecto a su aseo personal y aceptación al cambio.

Es importante destacar que el paciente posee una baja red de apoyo, no cuenta con el soporte de los miembros de su familia, no obstante tiene una amiga desde el colegio con quien mantiene contacto y buena relación a distancia, además de contar con una prima que le brinda ayuda económica para su proceso de rehabilitación.

1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología

Paciente refiere que a la edad de dos años falleció su madre y con respecto a su padre no mantiene ningún tipo de relación, por lo que fue criado por su abuela, considera que sus progenitores le han hecho falta en todo momento, ya que nunca ha sentido un completo apoyo por parte de su familia actual.

A los 15 años, en el inicio de su formación secundaria fue víctima de bullying y sufrió maltrato físico, verbal y psicológico de parte de compañeros mayores, esto lo condujo a aliarse con otras personas como medio de protección. Al culminar el colegio, a los 17 años empezó a sentirse desubicado, infeliz, triste, solo, inferior, ansioso y vacío, lo que lo llevaba a tener constantes crisis existenciales y frustraciones, generando el inicio de periodos largos periodos.

El paciente manifiesta que a la edad de los 18 años inició con un consumo de alcohol, del cual actualmente se encuentra en abstinencia, así mismo manifiesta que con respecto al consumo de cannabis, es una problemática que no ha podido controlar, debido a que aún mantiene fuertes deseos por consumir, razón por la cual asiste al centro de salud en donde le intervinieron el consumo de sustancias, más no la sintomatología relacionada con la depresión, para el cual solo le recetaron un tratamiento farmacológico con fluoxetina de 20

mg, carbamazepina de 200mg y risperidona de 1g bajo vigilancia médica, alrededor de dos meses.

Paralelamente, a los 19 años el tratamiento farmacológico antes recetado ocasionó varias consecuencias puesto que el paciente se volvió dependiente a estos fármacos porque se sentía atraído por las sensaciones que le producían, ya que con anterioridad había consultado sus efectos, llegando a consumir en la actualidad un número elevado de comprimidos dos semanas antes de ingresar al centro por lo que estuvo internado en el hospital por una sobredosis de clonazepam, finalmente establece haber consumido opiáceos, por curiosidad sobre los efectos que puede ocasionarle los mismos.

A los 20 años, como consecuencia de la afectación con respecto a su estado emocional el paciente tuvo tres intentos de suicidio, comentando que quería acabar con su dolor y conocer que existe después de la muerte.

En la actualidad a los 21 años S.C decide ingresar por motivación y apoyo de su prima psicorehabilitadora, a un centro de rehabilitación para recibir tratamiento ambulatorio y así eliminar por completo su consumo, puesto que manifiesta que aún presenta deseos recurrentes por ingerir cannabis y fármacos, no obstante, indica que tras el ingreso al centro se ha mantenido en abstinencia; con respecto al tratamiento, el paciente manifiesta sentirse bien, motivado y comprometido con el proceso.

1.2 Proceso de Evaluación

Dentro del caso clínico referente a S.C se aplicaron diferentes métodos de evaluación entre los cuales se incluye la entrevista clínica, observación psicológica y aplicación de instrumentos psicológicos.

Para comenzar es importante mencionar que la entrevista clínica hace referencia a la interacción en la que el paciente y terapeuta comparten información acerca de uno o varios problemas relacionados a la demanda con el objetivo de llegar a un diagnóstico y tratamiento (Cid et al., 2008). De tal manera que con lo indicado dentro de la parte teórica, el primer método permitió indagar la mayor cantidad de información posible sobre diferentes áreas de manera directa con el paciente.

Paralelamente, la observación clínica en base al planteamiento de Fernández-Ballesteros (2013) consiste en una técnica de recogida de información, que permite la evaluación desde la percepción de comportamientos emitidos por el sujeto con distintos niveles de complejidad, realizada por un observador entrenado y mediante protocolos preparados que faciliten la anotación sistemática.

Simultáneamente a través de la observación, se logró tener una visión más amplia de las conductas de S.C., y fue utilizada con la finalidad de realizar una valoración de funciones mentales del paciente, en donde se encontró que la conciencia, orientación, atención, concentración, sensopercepciones, memoria, inteligencia, y voluntad no presentan alteraciones, de igual manera dentro del lenguaje el tono de voz es alto, articulado, coherente y congruente; mientras que la afectividad denota anhedonia, baja autoestima y poca estimación hacia sí mismo, el contenido del pensamiento se encuentra alterado debido a las ideas de minusvalía y los pensamientos negativos recurrentes, dentro de los instintos tiene dificultad para conciliar el sueño; finalmente el juicio y razonamiento no presenta ninguna disfunción, ya que el paciente es consciente de la enfermedad.

Por último, se utilizaron diferentes reactivos, previamente validados y establecidos por el centro, incluyendo al Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-, MOCA Montreal Cognitive Assesment, Cuestionario AUDIT para el Consumo de Alcohol, Escala de Hamilton para la Ansiedad, Cuestionario de Personalidad SEAPsl, Escala de Impulsividad de Barrat, Escala de ASSIST V3.0 y Test de la persona bajo la lluvia; el proceso de evaluación inicial se llevó dentro de las primeras sesiones, finalmente es importante destacar que durante la aplicación de reactivos en la sesión 2 y 3, el paciente mostró una actitud colaborativa, tranquila y aportó en el desarrollo de la ejecución, no presentó mayor inconveniente en la comprensión de los mismos, de tal manera que para un considerable detalle a continuación se ampliará la información de cada uno de ellos .

Inventario de depresión de Beck.

Este inventario evalúa la gravedad de la sintomatología de la depresión, en la **tabla 1** se podrá observar con mayor detalle las características del mismo.

Tabla 1

Ficha técnica del Inventario de depresión de Beck.

Autor	Aaron et al., (Adaptación Española: Sanz y Vázquez). 2011.
Aplicación	Individual o colectiva.
Tiempo	5 a 10 minutos.
Objetivo	Medir la severidad de depresión en adultos y adolescentes, a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos.
Tipo	Cuantitativo.
Números de preguntas	21.
Población	Personas mayores de 13 años.
Escala	Escala tipo Likert.
Calificación	Los ítems tienen cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro puntos de corte en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.
Puntuación	máxima: 63 mínima: 0
Confiabilidad y validez	Consistencia interna con alfa de Cronbach: 0.93. Validez de contenido con coeficiente de validez de contenido de Aiken: 0.99. Validez de constructo con el test de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin: 0.95.
Dimensiones	Cognitivo-afectivo y somático-motivacional.

Nota: Peñalver (2014)

Cuestionario de Salud General de Golberg -GHQ28-

El presente instrumento está estructurado por ítems de screening que ayudan a la detección de posibles casos con trastornos mentales de tipo no psicótico, en la **tabla 2** podemos visualizar de manera detallada las características del cuestionario.

Tabla 2

Ficha Técnica del Cuestionario de Salud General de Golberg -GHQ28.

Autor	Goldberg (Adaptación: Lobo et al.,). 1979.
Aplicación	Autoadministrada.
Tiempo	5 minutos aproximadamente.
Objetivo	Detectar de posibles casos con trastornos mentales de tipo no psicótico en los servicios de asistencia primaria.
Tipo	Cuantitativo
Números de preguntas	28.
Población	Adultos.
Escala	De tipo Likert. 0: mejor que lo habitual hasta 3: mucho peor que lo habitual.
Calificación	El sistema de puntuación consiste en otorgar valores de '0' y '1' a las categorías de respuesta siguiendo la secuencia '0,0,1,1' de acuerdo con la escala, al final se suman las subcategorías y se obtiene una puntuación total. El punto de corte o umbral "caso probable" /"probable normal", a la vista de los resultados de estandarización en nuestro medio, se ha fijado a nivel 5/6 o bien a nivel 6/7.
Puntuación	Máxima: 28. Mínima: 0.
Confiabilidad y validez	Alfa de Cronbach: 0.75 y 0.89. Validez convergente de la EADG: se evidencia una sensibilidad de 82% y una especificidad de 85%.
Dimensiones	Síntomas somáticos, angustia/ansiedad, disfunción social y depresión.

Nota: Moreno et al., (2010)

MOCA Montreal Cognitive Assesment.

Este instrumento ayuda a la detección de trastornos neurocognitivos leves y estadios tempranos de demencia, en la **tabla 3** podemos visualizar de manera detallada las características del cuestionario.

Tabla 3*Ficha Técnica del MOCA Montreal Cognitive Assessment.*

Autor	Ziad N. 2005.
Aplicación	Hetero aplicado/individual.
Tiempo	10 a 12 minutos.
Objetivo	Detectar trastornos neurocognitivos leves y estadios tempranos de demencia.
Tipo	Cuantitativo
Números de preguntas	30
Población	Adultos.
Calificación	Las puntuaciones se obtienen sumando todos los puntos obtenidos en cada categoría, pudiendo obtener un máximo de 30 puntos. Se añade 1 punto si el sujeto tiene 12 años o menos de estudios formales. Tiene los siguientes puntos de corte: • Probable trastorno cognitivo: 0-25 puntos. • Se considera normal: 26-30 puntos.
Puntuación	Puntuación máxima: 30 Puntuación mínima: 0
Confiabilidad y validez	Consistencia interna con alfa de Cronbach: 0.77. Validez convergente significativa. Índice de Youden, sensibilidad de 42% y especificidad 82%.
Dimensiones	Atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación.

*Nota: Pedraza et al., (2016)***Cuestionario AUDIT para el Consumo de Alcohol.**

El presente cuestionario evalúa el consumo de alcohol durante el último año, para mayor información en la **tabla 4** se ampliarán las características del instrumento.

Tabla 4*Ficha Técnica del Cuestionario AUDIT para el Consumo de Alcohol.*

Autor	Saunders et al.,1992.
Aplicación	Individual.
Tiempo	3 a 5 minutos.

Objetivo	Identificar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia.
Tipo	Cuantitativo
Números de preguntas	10
Población	Adultos, adolescentes.
Escala	De tipo Likert con 5 opciones de respuesta. 0: Nunca y 4: Diariamente. Los dos últimos ítems en una escala 0-2-4.
Calificación	Cada ítem se valora de 0 a 4 puntos en función de la respuesta dada por el individuo y, se suman los resultados de cada una de ellas, que están entre paréntesis delante de la misma.
Puntuación	Máxima: 40. Mínima: 1.
Confiabilidad y validez	Alfa de Cronbach: 0.81. Índice de bondad de ajuste: 0.98. Índice de ajuste comparativo: 0.98.
Dimensiones	Consumo de alcohol.

Nota: Babor et al., (1992)

Escala de Hamilton para la ansiedad.

La presente escala consta de 14 ítems que valoran el grado de ansiedad, en la **tabla 5** se detallan las características del instrumento.

Tabla 5

Ficha técnica de la Escala de Hamilton para la ansiedad.

Autor	Max Hamilton, 1959.
Aplicación	Heteroaplicada, individual.
Tiempo	10 a 30 minutos.
Objetivo	Valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados.
Tipo	Cuantitativo
Números de preguntas	14.
Población	Adultos.
Escala	De tipo Likert con 5 opciones de respuesta. 0: Ausente; 1: Leve; 2: Moderado; 3: Grave y 4: Muy grave/incapacitante.
Calificación	Se obtienen dos puntuaciones, la ansiedad psíquica, sumando los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14; y la ansiedad somática, sumando

	los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13. Su puntuación total es la suma de todos los ítems.
Puntuación	Máxima: 56. Mínima: 0
Confiabilidad y validez	Alfa de Cronbah de 0.79 a 0.86. Presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que evalúan ansiedad.
Dimensiones	Ansiedad psíquica y ansiedad somática.

Nota: Lobo et al., (2002)

Cuestionario de Personalidad de SEAPsl.

El presente cuestionario consta de 100 ítems que evalúan rasgos de la personalidad en 10 tipos diferentes, en la **tabla 6** se podrán observar con detalle las características del mismo.

Tabla 6

Ficha técnica del Cuestionario de la Personalidad SEAPsl.

Autor	Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, 2004.
Aplicación	Individual o colectiva.
Tiempo	25 a 30 minutos.
Objetivo	Identificar rasgos predominantes de la personalidad.
Tipo	Cuantitativo
Números de preguntas	100
Población	Individuos a partir de los 15 años.
Escala	De tipo Likert con 5 opciones.
Calificación	A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el un recuadro ubicado al final de cada personalidad, la repuesta oscila entre 0 – 10.
Puntuación	Máxima: 10. Mínima: 0
Confiabilidad y validez	Confiabilidad: 0.79. Validez: 0.88.
Dimensiones	Afectiva, cognitiva, comportamental, déficit relacional.

Nota: Rodas (2015)

Escala de Impulsividad de Barrat.

La presente escala evalúa el grado de impulsividad en tres subescalas distintas, en la **tabla 7** se muestran detalladamente las características del instrumento.

Tabla 7

Ficha Técnica de la Escala de Impulsividad de Barrat.

Autor	Ernest S. Barratt, 1995.
Aplicación	Autoadministrada.
Tiempo	No definido
Objetivo	Evaluar la impulsividad integrando tres subescalas: Impulsividad cognitiva (déficit para fijar la atención o permanecer atento a un objeto por lapsos prolongados), impulsividad motora (actuar sin pensar) e impulsividad no planeada (vivir para el momento o incapacidad para planear acciones futuras).
Tipo	Cuantitativo
Números de preguntas	30
Población	Adultos, adolescentes y niños.
Escala	De tipo likert con 4 opciones de respuesta. 0: nunca o raramente; 1: de vez en cuando; 3: a menudo; y 4: siempre o casi siempre.
Calificación	La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. La valoración de cada dimensión se obtiene sumando los ítems correspondientes. Algunos ítems se califican de manera inversa.
Puntuación	Máxima: 75 Mínima: 0
Confiabilidad y validez	Alfa de Cronbach: 0.83. Validez: rango entre 0.67 y 0.80.
Dimensiones	Impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planificada.

Nota: Salvo y Castro (2013)

Escala ASSIST V3.0.

La presente escala consta de 8 ítems que evalúan el consumo de sustancias a lo largo de la vida, en la **tabla 8** se puede observar de manera detallada las características de la misma.

Tabla 8*Ficha técnica de la Escala ASSIST V3.0.*

Autor	Investigadores y médicos especialistas en adicciones de la OMS (1997)
Aplicación	Entrevista individual.
Tiempo	10 minutos.
Objetivo	Evaluar el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse.
Tipo	Cuantitativo
Números de preguntas	8
Población	Adultos (18 a 60 años de edad)
Escala	De tipo likert con 5 opciones de respuesta para las preguntas 2 a 5. 0: nunca; 2: una o dos veces; 3: mensualmente; 4: semanalmente y 6: diariamente o casi diariamente. Para las preguntas 6 y 7. 0: no, nunca; 6: sí, en los últimos 3 meses y 3: Sí, pero no en los últimos 3 meses. Para la pregunta 1, se desarrolla con si y no. De tipo Likert con 3 opciones de respuesta para la pregunta 8. No, nunca; Sí, en los últimos tres meses y Sí, pero no es los últimos 3 meses.
Calificación	Se suman las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7 para cada sustancia específica (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y 'otras' drogas). Las puntuaciones indicaran riesgo bajo, moderado y alto. Así mismo, no requiere intervención, recibir intervención breve y tratamiento más intensivo.
Puntuación	máxima: 39 mínima: 0

Confiabilidad y validez	Alfa de Cronbach: 0.92. Validez alta: rango entre 0.88 y 0.96.
Dimensiones	Tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

Nota: Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011)

Test de la persona bajo la lluvia.

El presente test proyectivo a base del dibujo de una persona bajo la lluvia, evalúa aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental e infiere en la estructura psicopatológica subyacente de la persona, en la **tabla 9** se presentan detalladamente las características del mismo.

Tabla 9

Ficha técnica del Test de la persona bajo la lluvia.

Autor	Silvia Mabel Querol y María Chavéz Paz. 2005.
Aplicación	Individual y colectiva.
Tiempo	30 minutos.
Objetivo	Evaluar la ansiedad, temor, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental. Diagnosticar modalidad defensiva predominante y su modalidad adaptativa o patológica. Inferir estructura psicopatológica subyacente y su característica de organización – desorganización.
Tipo	Cualitativo.
Números de preguntas	No definido al tratarse de una prueba proyectiva.
Población	Niños en adelante.
Escala	No definido al tratarse de una prueba proyectiva.
Calificación	Se realiza el análisis de recursos expresivos y análisis de contenido.
Puntuación	No definido al tratarse de una prueba proyectiva.
Confiabilidad y validez	Alfa de Cronbach: 0.05 y confiabilidad de 0.13. Junto con otros reactivos relacionados al control emocional, adquiere un estatus de validez alto.
Dimensiones	Recursos expresivos: Dimensiones, emplazamiento, trazos, presión, tiempo, secuencia, movimiento y sombreado.

Contenido: Orientación de la persona, posturas, borrados en el dibujo, repaso de líneas, tachaduras y líneas incompletas, detalles accesorios y su ubicación, vestimenta, paraguas como defensa, reemplazo de paraguas por otros elementos, partes del cuerpo, identidad sexual y el dibujo de un personaje (títeres, marionetas, robots, personas disfrazadas, historieta, estatua, payasos).

Nota: Morocho (2017)

Para finalizar una vez detallada la información de cada uno de los test aplicados, a continuación se presentan los resultados más relevantes que se han obtenido de la aplicación de instrumentos realizada al paciente.

Tabla 10

Resultados de la aplicación de instrumentos.

Instrumentos	Resultados
Inventario de depresión de Beck.	Puntaje: 28 puntos. Interpretación: depresión moderada.
Cuestionario de la Salud General de Goldberg - GHQ28-.	Puntaje: 11 puntos. Interpretación: sospecha de problemas psicosociales.
MOCA Montreal Cognitive Assessment.	Puntaje: 26 puntos. Interpretación: estado cognitivo normal.
Escala de Hamilton para la Ansiedad.	Puntaje: 18 puntos. Interpretación: severidad leve a moderada de ansiedad.
Cuestionario de personalidad SEAPsl.	Puntaje: Ciclotímico: 9 puntos. Anancástico: 9. Interpretación: personalidad afectiva – ciclotímica: emotiva, animo variable, generosa, sensible y activa. Personalidad cognitiva – anancástico: líder, desconfiado, suspicaz, dominante y organizado.
Escala de Impulsividad de Barrat.	Puntaje: 64 puntos. Interpretación: impulsividad no planeada.

Escala ASSIST V3.0.

Tabaco: 7 puntos.

Interpretación: Intervención breve, riesgo moderado.

Alcohol: 5 puntos.

Interpretación: Sin intervención, riesgo bajo.

Cannabis: 24 puntos.

Interpretación: Intervención breve, riesgo moderado.

Sedantes: 31 puntos.

Interpretación: Tratamiento intensivo, riesgo alto.

Alucinógenos: 3 puntos.

Interpretación: Sin intervención, riesgo bajo.

Opiáceos: 24 puntos.

Interpretación: Intervención breve, riesgo moderado.

Cuestionario AUDIT para el Consumo de Alcohol.

Puntaje: 12 puntos.

Interpretación: Consumo de riesgo.

Test de la persona bajo la lluvia.

Existe falta de reconocimiento, inhibición, sentimientos de inferioridad, depresión, debilidad, pesimismo, ansiedad, inseguridad, estrés, desubicación, dificultad para tomar decisiones y perturbación del pensamiento. Necesidad de ser contenido por el medio ambiente, rasgos obsesivos, hostilidad, temor, poca fortaleza, falta de compromiso y evasión. Melancolía, abatimiento y aislamiento.

Nota: Resultados obtenidos de las pruebas aplicadas inicialmente al paciente.

De acuerdo a lo expuesto en la **tabla 10** referente a resultados, se puede determinar que los test con puntuación más elevada corresponden al inventario de depresión de Beck, arrojando un puntaje de 28 puntos que indica depresión moderada, el Cuestionario AUDIT para el consumo de alcohol, con un total de 12 puntos que refleja un consumo de riesgo, la escala de Barrat, que señala impulsividad no planeada con 27 puntos, y la Escala ASSIST

V3.0 que muestra intervenciones breves de riesgo moderado en consumo de cannabis, sedantes y opiáceos.

1.3 Diagnóstico

El diagnóstico del presente caso se lo ha realizado con base en los criterios expuestos en la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) que proporciona las pautas de diagnósticos de Trastornos Mentales y del Comportamiento para sustentar la práctica clínica del psicólogo.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

Es aquel diagnóstico elaborado por el profesional desde la primera entrevista, a través del establecimiento de hipótesis diagnósticas, con las que iniciará el proceso destinado a concluir en un diagnóstico final, la elaboración del mismo responde a las necesidades del propio proceso terapéutico y orienta al psicólogo en la tarea psicoterapéutica que deberá cumplir (Mongiat, 2016).

Considerando lo antes expuesto se ha establecido los siguientes trastornos como presuntivos:

- ✓ F33.2. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- ✓ F19x.20. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas. Síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia.
- ✓ F40.1. Fobias sociales.
- ✓ F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada.

1.3.2 Diagnóstico diferencial

De la Serna (2018) refiere que el diagnóstico diferencial analiza las diferencias del trastorno que se ha identificado de otros que cuentan con algunas características de presentación similares. Es considerado el último paso antes de iniciar un tratamiento y depende de este que sea efectivo o no, para llegar al mismo se debe haber pasado por la fase previa de la entrevista clínica que permite evidenciar síntomas relevantes, que será

corroborado con la aplicación de instrumentos psicológicos, detectando la presencia de otras psicopatologías.

Con base a lo antes mencionado para el diagnóstico diferencial del presente caso clínico se ha considerado los siguientes trastornos:

F40.1. Fobia social:

Tabla 11

Criterios diagnósticos de fobia social

Criterios que cumple	Criterios que no cumple
Las fobias sociales giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas y llevan a evitar situaciones sociales determinadas.	El temor a vomitar en público.
Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas.	Preocupación a ruborizarse, tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción.
La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.	Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto. Los síntomas, psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones de la ansiedad, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.

Nota: Adaptado de Cie-10 (OMS,1992).

En consideración a lo presentado, inicialmente se optó por este diagnóstico ya que el paciente presentaba un miedo a ser criticado con baja estimación de si mismo, y el aislamiento social, sin embargo, no cumple con los criterios expuestos para este trastorno,

quedando descartado este diagnóstico porque el paciente se encuentra excluido de actividades sociales debido a que a raíz del consumo, su familia le limita las salidas del hogar, además no presenta crisis de pánico ante el hecho de relacionarse con otras personas, puesto que mantiene una buena relación con los compañeros del centro.

F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada:

Tabla 12

Criterios diagnósticos trastorno de ansiedad generalizada.

Criterios que cumple	Criterios que no cumple
Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc).	La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular.
Tensión muscular (agitación e inquietudes psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).	Quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc).

Nota: Adaptado de la Cie-10 (OMS, 1992).

De acuerdo a lo presentado, en un inicio se optó por este diagnóstico ya que el paciente manifestó tener preocupaciones sobre el sentido de la vida, lo que lo llevaba a tener dificultades en su concentración, además de sentirse intranquilo constantemente, sin embargo, a pesar de que S.C. tiene síntomas somáticos relacionados con la ansiedad, esto se debe a que se encuentra dentro de un periodo de abstinencia con respecto al consumo

de las múltiples drogas incluyendo el cannabis, fármacos y opiáceos, constituyendo una reacción normal ante el hecho de dejar la sustancia, por ende este diagnóstico queda descartado ya que no cumple con los criterios expuestos para el mismo, ya que se evidencia una falta de sintomatología porque no hay una presencia constante de vértigos, mareos, sudoración, temblores ni agitación.

1.3.3 Diagnóstico Final

Este tipo de diagnóstico se realiza a partir de los síntomas registrados con anterioridad, la forma de inicio y el curso evolutivo de los mismos, así como la valoración del estado mental actual, incorpora antecedentes médicos, psiquiátricos y la historia familiar del paciente. Permite obtener una certeza diagnóstica a partir de criterios operativos definidos en el DSM-V y CIE-10. (Paz y Peña, 2021)

De tal manera que en base a todos los criterios antes analizados de todos los trastornos seleccionados, se puede establecer los siguientes diagnósticos definitivos para el paciente:

✓ **F33.2. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos:**

Se determina el presente trastorno, de acuerdo a la sintomatología evidenciada en S.C como la considerable angustia, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad y culpa, ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, disminución de la concentración, pérdida de confianza en sí mismo, perspectiva sombría del futuro o lo que sucederá con su vida, pensamientos suicidas recurrentes, dificultades en sus actividades laborales, sociales y domésticas; puesto que acontecimientos vitales estresantes como las problemáticas familiares y muerte de la madre han precipitado episodios aislados, referentes a depresión sin ningún antecedente de exaltación en el estado de ánimo o aumento de la vitalidad por lo que se descarta la manía o hipomanía. El paciente a tenido episodios que han durado más de dos semanas y han estado separados por un tiempo libre donde no a existido una alteración en el humor; en donde a pesar de haber recibido un tratamiento antidepresivo no se ha presentado hiperactividad; y aunque se

percibe una agitación en el paciente, describe sin problema la sintomatología referente a su problema.

- ✓ **F19x. 20. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas. Síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia.**

Se toma en consideración este diagnóstico puesto que para el paciente el consumo de fármacos constituye un prioridad, por lo que manifiesta un deseo fuerte de ingerir las sustancias aun cuando estas en su momento fueron prescritas por un médico, paulatinamente requería un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente le producían dosis más bajas; el consumo lo llevó al abandono de otras fuentes de placer o diversiones como jugar básquet y reunirse con sus amistades, por el aumento del tiempo invertido en obtener la sustancia, la dependencia se presenta a una sustancia específica como son los fármacos (carbamazepina, fluoxetina, sanax, clonazepam y risperidona), además que el deseo por consumir cannabis se encuentra presente, aunque actualmente, se encuentra en un período de abstinencia hace un mes, pues ha presentado una capacidad para controlar el consumo desde el ingreso al centro con modalidad ambulatoria, siendo consciente de las consecuencias perjudiciales del mismo. Finalmente es importante mencionar que el paciente no cuenta con un apoyo familiar adecuado, factor que se considera como un agravante.

Capítulo dos

Metodología

2.1. Tratamiento/Intervención

El presente plan terapéutico permita reforzar y proporcionar nuevas habilidades al paciente atendiendo sus necesidades actuales relacionadas con el estado emocional, además el tratamiento se encuentra direccionado a lograr reducir los síntomas de la depresión para evitar el consumo de fármacos, mediante el uso del modelo cognitivo conductual.

2.1.1. *Objetivos terapéuticos*

2.1.1.1. **Objetivo general:**

Disminuir la sintomatología depresiva del paciente mediante la aplicación de técnicas en diferentes dimensiones psicológicas que requieran atención, con la finalidad de evitar el consumo de sustancias que deterioran las áreas del funcionamiento del paciente y su calidad de vida.

2.1.1.2. **Objetivos específicos:**

Mejorar el estado emocional del paciente y su relación consigo mismo mediante la aplicación de estrategias centradas en autoestima, autoconcepto, solución de problemas, manejo del tiempo y liberación de emociones reprimidas.

Disminuir rumiaciones y pensamientos negativos recurrentes del paciente dentro del proceso de dependencia respecto a su consumo, mediante el uso productivo del tiempo libre y la construcción de un plan de vida.

Generar estrategias de comunicación asertiva en el paciente que le permitan el desenvolvimiento social y familiar.

2.1.2. *Plan de tratamiento/intervención*

El tratamiento terapéutico utilizado con el paciente dentro de este caso clínico se llevó a cabo en un total de 8 sesiones, con una duración aproximada de 45 minutos, desarrolladas una vez por semana, bajo la modalidad presencial.

Tabla 13

Plan terapéutico

SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	-Pscoeducar al paciente para el inicio del plan terapéutico. -Disminuir rumiaciones y pensamientos negativos recurrentes.	-Psicoeducación en parada de pensamiento. -Entrenamiento en autoinstrucciones.	Se le envió las siguientes tareas al paciente: -Lista con los juicios negativos hacia ti mismo. -Identificación de pensamientos irracionales para llevar a cabo la tarea. -Llevar un Autorregistro de las ideas erróneas que se presentaron durante la semana.
2	-Mejorar la relación con sí mismo. -Liberación de emociones reprimidas.	Técnicas de desahogo emocional: -Técnica de la carta de despedida. -Técnica de la carta a su niño interior. -Relajación con técnica de respiración de los cuatro tiempos. -Autoabrazo.	Quemar o destruir la carta escrita durante la sesión.
3	-Reconstruir el sistema de creencias sobre las emociones en la solución de problemas.	-Técnica de solución de problemas.	-Utilizar preguntas de descubrimiento personal para identificar las posibles soluciones.

	-Entrenamiento en solución de problemas.		Se envió al paciente la siguiente tarea: -Lista de posibles soluciones al problema.
4	Fortalecer la autoestima con el fin de mejorar su autoconcepto.	-Técnicas conductuales: -Técnica del Espejo. -Entrenamiento en autoinstrucciones. -Análisis y cambios de significado. -Árbol de autoestima junto con los logros y éxitos obtenidos.	-Afrontamiento de situaciones vitales -Deseos de futuro: siendo realista, ¿cómo se ve en 12 meses/ 5 años? -Trabajo en autoconcepto. Descripción “yo-real”, “yo-junto con los logros y ideal”, “yo-debería”.
5	-Entrenamiento en un uso productivo del tiempo. -Aprender a programar y ejecutar los eventos y actividades a lo largo del día.	-Manejo de tiempo. -Hoja de actividades (dificultad/placer). -Incentivar participación en actividades sociales.	-Realizar al menos dos actividades agradables diarias.
6	-Elaborar un proyecto de vida con nuevos objetivos.	-El afiche de la vida de mis sueños. -El paciente elaborará un afiche en donde coloque stickers, pegatinas o recortes acerca de las metas que quiere	-Planificar y desarrollar actividades educativas. -Mejorar los objetivos desde la proyección de un nuevo proyecto de vida.

		alcanzar en diferentes áreas como estudio, trabajo, relaciones sociales, familia, entre otras.	
7	-Identificar avances con la aplicación de reactivos post tratamiento.	-Instrumentos psicológicos: Escala de Hamilton, Escala de Depresión de Beck, cuestionario de salud de Golberg, AUDIT, ASSIST V3.0, SEAPSI, Escala de impulsividad.	-Evaluación psicológica del paciente.
8	-Finalizar y retroalimentar el proceso psicoterapéutico.	y Cierre. Devolución resultados. Conclusiones del proceso.	-Evaluación psicológica del paciente.

Nota: En esta tabla se especifica con mayor detalle las técnicas desarrolladas en el plan de tratamiento.

Dentro de este apartado se brindará un detalle de las sesiones trabajadas durante todo el plan de intervención:

Sesión 1: se desarrolló con la finalidad de psico educar al paciente para el inicio del plan terapéutico y disminuir rumiaciones y pensamientos negativos recurrentes, por lo que se aplicó las técnicas de **psicoeducación** en depresión y consumo de sustancias, puesto que para Tena-Hernández (2020) la psicoeducación es el proceso que le permite a la persona potencializar el descubrimiento de sus fortalezas, llevándolo a ser capaz de analizar y enfrentarse a situaciones de manera adaptativa. Así mismo, Muraca (2019) menciona que

tiene la finalidad de detallar la información relevante para responder a las preguntas de origen, evolución y tratamiento mediante el uso de técnicas para afrontar el problema, además de involucrarse con información y orientación para la adherencia a la terapia.

Es importante destacar que esta técnica dentro del proceso terapéutico fue efectiva permitiéndole conocer al paciente mediante la información brindada la sintomatología que se presenta de acuerdo a su problemática actual, con la finalidad de que se elimine prejuicios que pueden generar pensamientos irracionales, generando motivación para la mejora en el cumplimiento del tratamiento, además de aliviar la sobrecarga emocional al ingresar al centro.

Así mismo, se trabajó con el **entrenamiento en parada del pensamiento**, que es una técnica utilizada en cualquier patología que implique la gestación de pensamientos negativos desagradables, inadecuados y persistentes, la misma consiste en realizar la identificación de dichos pensamientos, posteriormente la detención del pensamiento gritando la palabra “stop”, “alto” o “basta”, para finalmente sustituir los pensamientos distorsionados por otros que sean positivos y adecuados. (Mesa, 2017) La finalidad de la aplicación de esta técnica consiste en lo mencionado por Lozano et al., (1999) en donde destaca que en casos de drogodependencias permite el control de los impulsos por conseguir o consumir la sustancia, y reducir el estrés y la ansiedad del paciente durante el período de abstinencia de manera total o parcial. Dentro de la sesión terapéutica esta técnica resultó efectiva porque permitió en el paciente el control de pensamientos inadecuados para detener la secuencia de creencias que lo lleven nuevamente al consumo y aquellas que deterioran la depresión presente, y que consiga propiciar nuevas creencias opuestas y positivas que sirvan de control.

Finalmente, se trabajó con el **entrenamiento en autoinstrucciones** que, para Díaz et al., (2017) son estrategias que facilitan el acceso a las habilidades específicas necesarias para resolver un problema, entre ellas: el aprendizaje y la memoria, pensamiento, atención y flexibilidad cognitiva; mismas que se centran en enseñar a pensar mediante frases o pensamientos que la persona utilizará como guía para ejecutar, facilitar o controlar

determinadas acciones. Así mismo, Pérez (2018) menciona que tiene como finalidad llegar a formar parte de un diálogo interno permitiendo la autorregulación de la conducta, seguir órdenes, focalizar la atención en tareas y la creencia y confianza en la propia capacidad para reflexionar antes de actuar. La aplicación de esta técnica resultó efectiva en el paciente ya que le permitió trabajar en la modificación del pensamiento para resolver situaciones problemáticas y complejas, así como mejorar la concentración en situaciones específicas y reemplazar el estilo inadecuado de hablarse a sí mismo que le conducía al malestar por uno más funcional.

Con el fin de complementar la sesión se envió como tarea una lista con los juicios negativos hacia sí mismo y un autorregistro de las ideas erróneas que se presenten durante la semana.

Sesión 2: se trabajó en función de mejorar la relación del paciente consigo mismo y se liberen las emociones reprimidas, por lo que se utilizó técnicas de desahogo emocional como la carta de despedida y la carta al niño interior, que para la Fundación Silencio (FUNDASIL) (s.f) indica que representan un acto simbólico que ayuda a expresar los sentimientos y poner orden el estado emocional de la persona permitiendo la construcción social de significados compartidos, en la misma se hace constar aquel contenido que le diría a esa persona o niño interno, como se siente con lo ocurrido o vivido y una emoción concreta, sentimientos de agradecimiento y de disculpas. Es importante mencionar que debido a la carga emocional que implica la ejecución de esta técnica, se la trabajo conjuntamente con la relajación mediante la técnica de respiración de los cuatro tiempos que de acuerdo con Lara (2019) hace énfasis que es una herramienta eficaz y constante para el control del estrés y ansiedad, además de ser un ejercicio individual que hace uso del sistema respiratorio y las capacidades fisiológicas, aplicable en cualquier escenario y situación. La finalidad de esta técnica como lo alude García et al., (s.f) consiste en controlar la activación de forma rápida y la ansiedad con el descenso de las constantes vitales como el ritmo cardíaco y la tensión sanguínea y muscular, permitiéndole a la persona afrontar las situaciones conflictivas. La aplicación de esta técnicas fueron efectivas ya que le permitió al paciente trabajar con el

dolor emocional para la comprensión y expresión de emociones intensas que le proporcionaron alivio, y realizar una despedida al niño herido para avanzar con los nuevos propósitos presentes, así mismo la práctica de la técnica de relajación le ayudó a controlar la respiración en situaciones angustiantes que implicaban ansiedad para no desbordarse emocionalmente, reducir el estrés provocado por los pensamientos recurrentes y la abstinencia actual a las sustancias, finalmente existió una mejoría en la concentración y una reducción de la tensión muscular.

Para complementar la sesión se envió al paciente a que quemara y destruyera las cartas.

Sesión 3: se trabajó con el objetivo de reconstruir el sistema de creencias sobre las emociones en la solución de problemas y entrenar al paciente en la misma, esto mediante el uso de preguntas de descubrimiento personal para identificar las posibles soluciones y la aplicación de la técnica de solución de problemas que, bajo la definición de Mojarro et al., (2017) establece que es aquella que permite al individuo trabajar en un conjunto de habilidades que le ayuden a tomar constructivamente decisiones respecto a su vida, enseñándole a jugar un papel activo en las opciones y consecuencias de distintas acciones, enfocándose desde el nivel de ejecución de acertijos y rompecabezas, hasta la ejecución de problemas sociales que sean relevantes para el paciente. Así mismo, Alarcón (2022) alude que la finalidad de esta técnica consiste en mejorar la orientación positiva, negativa, y el estilo impulsivo de resolución de problemas, dirigidas al desarrollo de competencias y habilidades en el adolescente fomentando actitudes prosociales para el cambio de percepción social, desde la asertividad, reconocimiento de emociones y madurez en la toma de decisiones, enfrentando y resolviendo con éxito los conflictos interpersonales. Dentro de la sesión terapéutica resultó efectiva la aplicación de esta técnica, ya que le permitió al paciente trabajar en la habilidad de solución de problemas, para mejorar su toma de decisiones desde la autoeficacia y teniendo en consideración aspectos sociales y emocionales como comprender la intencionalidad con la que se recibe el contenido de un mensaje y responder asertivamente a la información que proviene del entorno.

Para fortalecer la sesión se envió al paciente como tarea una lista de posibles soluciones al problema.

Sesión 4: se planificó para fortalecer la autoestima del paciente restableciendo su autoconcepto, por consiguiente, se aplicó la técnica del espejo que para Farinango (2022) es una herramienta terapéutica que hace uso del espejo para ejercicios relacionados con la imagen corporal y lograr una recuperación emocional de la persona y el procedimiento consiste en realizar una serie de preguntas mientras el paciente se observa. De igual manera Cadena (2022) menciona que la finalidad de esta es indagar en la percepción que tiene el individuo sobre sí mismo, para el cambio de distorsiones y pensamientos inadecuados. La aplicación de esta técnica fue efectiva, ya que le permitió al paciente lograr reconocer los aspectos que más valora y le llaman la atención de sí mismo, además, al momento de observarse en el espejo pudo generar motivación diciéndose a sí mismo la frase “Lo vamos a lograr”, lo que le permitió reforzar la convicción de los pensamientos positivos que encontraba en él.

Paralelamente se trabajó el árbol de autoestima junto con los logros y éxitos obtenidos, que para Veloz (2018) consiste en una técnica proyectiva que le permite al paciente ser consciente de sus cualidades, habilidades, buenas acciones y logros obtenidos, de esta manera se lleva a cabo mediante el dibujo de un árbol que conste de raíces, tronco y copa con frutos. De igual manera Oria (2021) menciona que tiene como finalidad mejorar la autoestima del paciente desde la identificación de actitudes positivas más representativas y los logros obtenidos. Resultando de gran utilidad ya que el paciente pudo reconocer cada una de sus cualidades, darse cuenta de las acciones positivas que ha realizado y los logros que ha obtenido a lo largo de su vida, asimismo tomando en consideración lo ya mencionado el paciente pudo darse cuenta de la motivación y el esfuerzo que ha realizado para conseguir sus objetivos.

Para concluir, se realizó la descripción del “yo real” y el “yo ideal” como parte del autoconcepto, además de desarrollarse un entrenamiento en auto instrucciones descrito en párrafos anteriores.

Sesión 5: enfocada en entrenar al paciente en el uso productivo del tiempo y que aprenda a programar y ejecutar eventos y actividades a lo largo del día, por ello se llevó a cabo la hoja de actividades dificultad/placer, en donde constan una serie de actividades que el paciente realiza y se especifica si le genera dificultad o placer, además de la hoja de programación de actividades diarias con su horario y beneficio para que identifique las ventajas de manejar el tiempo adecuadamente y cuales le producen beneficios significativos, se buscó incentivar su participación en actividades sociales y finalmente para complementar la sesión se le pidió realizar al menos dos actividades agradables diarias. La aplicación de estas actividades fue efectiva para el paciente, ya que le permitió organizar un horario con las actividades diarias e incluir aquellas que le proporcionan un beneficio, sin dejar espacios libres que le permitan la adquisición y consumo de sustancias, así mismo, pudo identificar las actividades con las que se siente más cómodo y poder participar de alguna de su agrado como forma de distracción.

Sesión 6: estructurada con el motivo de elaborar un proyecto de vida con nuevos objetivos, por ende, se desarrolló el “afiche de de mis sueños” en donde el paciente coloca stickers, pegatinas y recortes acerca de las metas que quiere alcanzar en diferentes áreas como estudio, trabajo, relaciones sociales y familia. La aplicación de estas actividades fue positiva en el paciente, ya que le permitió analizar las nuevas metas que puede proponerse a corto, mediano y largo plazo, una vez que salga del centro de rehabilitación, además el plan de vida le permitió conocer su misión, visión y principios necesarios para saber que estrategias puede desarrollar con la finalidad de cumplir los objetivos propuestos por él mismo.

Sesión 7: trabajada en función de identificar los avances con la aplicación de reactivos post tratamiento, entre ellos la Escala de Hamilton, Escala de Depresión de Beck, AUDIT, ASSIST V3.0, y Escala de Impulsividad. Durante la aplicación de los instrumentos S.C. denotó una actitud colaborativa y con total predisposición para responder los mismos, además de evidenciarse su seguridad al comentar ser consciente de los cambios producidos durante todo el tratamiento psicoterapéutico.

Sesión 8: se llevó a cabo con el objetivo de finalizar y retroalimentar el proceso psicoterapéutico, en donde el paciente manifestó haber evidenciado cambios, tales como desarrollo de una mejor autoestima, lograr controlar impulsos, evitar recaídas y lograr un gran avance en no posicionarse en extremos sino mirar las diferentes opciones para tomar una decisión, así mismo su estado de ánimo mejoró y encontró un sentido a su vida, principalmente porque ya no presentaba ideas negativas respecto a su existencia, en donde el establecimiento de un nuevo plan de vida le permitió reformular las creencias de su existencia y ser consciente de aquellas metas y sueños que ha dejado de lado.

Capítulo tres

Resultados

Para el caso de S.C. se realizó un análisis de resultados cuantitativo y cualitativo, para evaluar los resultados post- intervención.

De tal manera que para el análisis cuantitativo se aplicó un re test en la sesión 7 obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 14

Resultados de seguimiento del Inventario de Depresión de Beck

Instrumento	Pre Intervención	Post Intervención
Inventario de Depresión de Beck.	Puntuación: 28 puntos – depresión moderada.	Puntuación: 6 puntos – mínima depresión.

Nota: Resultados referentes a la depresión, obtenidos luego de la intervención psicoterapéutica.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la **tabla 14**, inicialmente el paciente tuvo una puntuación de 28 interpretada como depresión moderada, sin embargo, luego del post tratamiento esta se redujo a 6, lo que evidencia una disminución de 22 puntos, demostrándose un cambio significativo y la existencia de una depresión mínima.

Tabla 15

Resultados de seguimiento de la Escala de Hamilton para la Ansiedad

Instrumento	Pre Intervención	Post Intervención
Escala de Hamilton para la Ansiedad.	Puntuación: 18 puntos – severidad leve a moderada de ansiedad.	Puntuación: 10 puntos – ansiedad leve.

Nota: Resultados referentes a la ansiedad, obtenidos luego de la intervención psicoterapéutica.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la **tabla 15** que hace referencia a la variable ansiedad, inicialmente el paciente tuvo una puntuación de 18 interpretada como severidad leve a moderada de ansiedad, sin embargo, luego del post tratamiento se obtuvo una puntuación de 10, lo que evidencia una reducción de 8 puntos demostrándose un cambio significativo y la existencia de una ansiedad leve.

Tabla 16

Resultados de seguimiento de la Escala de Impulsividad de Barrat

Instrumento	Pre Intervención	Post Intervención
Escala de Impulsividad de Barrat.	Puntuación: 64 puntos – impulsividad no planeada.	Puntuación: 39 puntos – impulsividad cognitiva y motora.

Nota: En la presente tabla se describe los resultados referentes a la impulsividad obtenidos luego de la intervención psicoterapéutica.

En referencia con la **tabla 16**, que hace referencia a la variable impulsividad, inicialmente el paciente tuvo una puntuación de 64 interpretada como impulsividad no planeada, caracterizada por los actos que carecen de planificación hacia el futuro, sin embargo, luego del post tratamiento se obtuvo una valoración de 39, lo que evidencia un cambio significativo, puesto que el usuario actualmente ha pasado de una impulsividad no planeada a una impulsividad cognitiva relacionada a la inquietud mental y toma de decisiones rápidas; y motora que implica el actuar de forma apresurada sin una reflexión y pensamiento previo.

Tabla 17

Resultados de seguimiento de la Escala ASSIST V3.0.

Instrumento	Pre Intervención	Post Intervención
Escala ASSIST V3.0.	Tabaco: 7 puntos - Intervención breve, riesgo moderado. Alcohol: 5 puntos - Sin intervención, riesgo bajo. Cannabis: 24 puntos - Intervención breve, riesgo moderado. Sedantes: 31 puntos - Tratamiento intensivo, riesgo alto. Alucinógenos: 3 puntos - Sin intervención, riesgo bajo.	Tabaco: 7 puntos - Intervención breve, riesgo moderado. Alcohol: 3 puntos - Sin intervención, riesgo bajo. Cannabis: 16 puntos - Intervención breve, riesgo moderado. Sedantes: 26 puntos - Intervención breve, riesgo moderado.

Opiáceos: 24 puntos -
Intervención breve, riesgo
moderado.

Nota: En la presente tabla se describe los resultados referentes al consumo de sustancias obtenidos luego de la intervención psicoterapéutica.

Conforme a la **tabla 17** respecto al consumo de sustancias, inicialmente el paciente tuvo mayores puntuaciones en consumo de cannabis y opiáceos con 24 puntos interpretadas como intervenciones breves de riesgo moderado, y sedantes con 31 puntos interpretada como tratamiento intensivo de riesgo alto, sin embargo, luego del post tratamiento se obtuvo una puntuación en cannabis con 16 puntos, sedantes con 26 puntos y la no existencia de consumo de opiáceos, lo que evidencia una reducción notable en las puntuaciones, demostrándose un cambio significativo y la existencia de intervenciones breves de riesgo moderado.

Paralelamente para el análisis cualitativo, se realizó una ficha de observación con la finalidad de establecer una comparación de aquellas conductas y aspectos inicialmente afectados en el paciente, en relación con la actualidad después del tratamiento, en donde para una mayor apreciación en la **tabla 18** se explica de forma detallada la ficha antes mencionada.

Tabla 18

Análisis Cualitativo

Conductas y aspectos con afectación inicial	Evolución			Observación o razón
	Se mantuvo, es decir, no hubo cambio.	Cambio parcialmente.	Se extinguió o se modificó.	
Estado emocional del paciente.			X	El paciente denota una mejoría en su estado de ánimo, y reducción de la tristeza, puesto que se muestra más activo, feliz y sociable.

Ideas suicidas	X	Se modificó dado que el paciente no tiene presente el acto suicida porque desea tener un avance y dirección hacia el futuro, y necesidad de crecer en relación a lo que quiere ser.
Ansiedad	X	El paciente a presentado una modificación de esta variable, gracias a la aplicación de las técnicas aprendidas en el proceso psicoterapéutico, que le permitieron controlar sintomatología ansiosa como nerviosismo, taquicardia y angustia.
Impulsividad	X	Ha existido un cambio parcial, dado que el paciente no logra por el momento manejar adecuadamente sus emociones negativas.
Consumo de sustancias	X	Existió un cambio parcial, ya que el proceso

psicoterapéutico se llevó a cabo hace dos meses y el extinguirse es un aspecto progresivo de tal manera que aún mantiene un deseo hacia el consumo pero con la aplicación de las técnicas consigue mantenerse en abstinencia.

Nota: En la presente tabla se detalla la variación con respecto a las conductas o variables afectadas inicialmente en paciente.

Con base a lo anterior, se puede determinar que en un comienzo el paciente llegó presentando desánimo, constantes pensamientos negativos, baja estimación hacia sí mismo, estableciendo “no puedo encontrar una solución a mis problemas”, “no tengo un sentido por mi vida, ni una visión a futuro”, “no tengo metas ni propósitos a alcanzar”, por lo cual considero “que el suicidio es la única solución a mi problema”, no obstante, después del tratamiento psicoterapéutico se han obtenido cambios evidentes en el paciente como es un elevado estado de ánimo, ha conseguido poner en práctica el balance decisional para la toma de decisiones y solución de problemas, así mismo ha aplicado las técnicas aprendidas en varias situaciones de su vida para controlar la ansiedad producida por la abstinencia ante el consumo de sustancias o alterarse significativamente, finalmente se destaca que las ideas suicidas han desaparecido gracias al aumento de su autoestima, lo que le permitió encontrar un sentido a su vida, conjuntamente con la elaboración del proyecto, donde pudo evidenciar que tiene metas y objetivos para cumplir en un futuro que mejorarán su calidad de vida y le permitirán hacer frente al mundo exterior.

Discusión

Con la revisión de investigaciones teóricas y el desarrollo del presente estudio de caso, se puede examinar que la depresión y el consumo de sustancias constituyen patologías complejas que tienen una alta incidencia en la mayoría de la población, especialmente en los adolescentes, poniendo en riesgo su calidad de vida por la sintomatología progresiva y las consecuencias evidenciadas en dichos casos, generando deterioro en diversas áreas del funcionamiento de la persona; por lo que el trabajo en estas problemáticas desde el comienzo, desarrollo y mantenimiento, es de gran importancia para la salud mental del individuo.

De tal manera que el presente caso clínico, aborda la problemática de un adolescente con trastorno depresivo recurrente y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas diagnosticado a través del proceso de evaluación, que se realizó en las primeras sesiones, mediante el uso de la entrevista clínica, observación y aplicación de instrumentos psicológicos tales como: Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-, MOCA Montreal Cognitive Assesment, Cuestionario AUDIT para el Consumo de Alcohol, Escala de Hamilton para la Ansiedad, Cuestionario de Personalidad SEAPsl, Escala de Impulsividad de Barrat, Escala de ASSIST V3.0 y Test de la persona bajo la lluvia, que se consideraron eficaces para poder evaluar la sintomatología inicial del paciente, tomando en cuenta que dentro de la literatura algunos autores en sus trabajos realizados, mantienen la misma preferencia en cuanto a los reactivos seleccionados para el caso de S.C.; siendo así que el trastorno depresivo, Valarezo-Bravo et al., (2021) en su investigación con adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad asociados a niveles de consumo, utiliza el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ansiedad de Hamilton como instrumentos de evaluación de estas variables.

Por otro lado, en cuanto a los trastornos por consumo, autores como Cabrera (2019); Chavéz-Vera et al., (2018); Herrera (2021); Hurtado et al., (2022); Saavedra y Mejía (2014);

Tena-Suck et al., (2018) consideran que dentro de este tipo de problemática, es de suma importancia analizar los distintos factores de riesgo, mediante la evaluación de las variables: personalidad, impulsividad, estado cognitivo, ansiedad, percepción, así como el nivel de consumo y tipo de droga, por tal razón en sus trabajos realizados con pacientes con consumo problemático de diferentes sustancias, mantienen la particularidad de utilizar los mismos test que en el caso de S.C.

En cuanto a la sintomatología S.C. presenta tristeza, sentimientos de inferioridad y minusvalía, estado de ánimo bajo, ideas suicidas, poco interés en las actividades de la vida diaria, baja autoestima e intenso deseo por consumir fármacos, que de acuerdo a los estudios realizados por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], (2012) refiere que el uso de medicamentos sin prescripción médica, acompañado del abuso de dos o más drogas se caracteriza por la frecuentes recaídas y el uso compulsivo de la droga, a pesar de las consecuencias adversas, además que Trujillo (2017) establece que el trastorno depresivo conlleva una “afectividad negativa con sentimientos frecuentes de estar hundido, sentirse miserable y no tener esperanza, convirtiéndose en una dificultad para recuperar el estado de ánimo, pesimismo sobre el futuro, vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad, baja autoestima e ideación y comportamiento suicida” (pp.58-59).

Cabe destacar que el tratamiento para este caso, se ha llevado a cabo durante 13 sesiones mediante una intervención cognitivo-conductual que ha incluido técnicas como: entrenamiento en parada de pensamiento, autoinstrucciones, técnicas de desahogo emocional como carta de despedida y carta al niño interior, relajación con la técnica de respiración de los cuatro tiempos, técnica de solución de problemas, técnica del espejo y árbol de autoestima, mismas que con base en la literatura establecida por Navarro (2018); Toloza (2019) en sus intervenciones dirigidas a adolescente diagnosticados con trastorno depresivos y de consumo de sustancias, utilizan las mismas técnicas que en el caso de S.C, obteniendo como resultados el fortalecimiento de conductas positivas, reducción de síntomas ansiosos, disminución del consumo progresivamente, regulación, manejo del estado de ánimo y el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento.

Así mismo, de acuerdo al protocolo de intervención psicológica realizado por Alonso et al., (s.f) enfocado en las técnicas aplicadas al caso de S.C, haciendo referencia a que son idóneas para trabajar en este tipo de intervenciones psicológicas, pues aumentan la adherencia al tratamiento, disminuyendo el riesgo de recaídas post-tratamiento y restableciendo el contexto y red social mínima que facilite el apoyo y mantenimiento de los cambios en el paciente.

Los resultados post-tratamiento indican una disminución en las variables de depresión, ideas suicidas, ansiedad y consumo de sustancias, de tal manera que esto se podría explicar al uso de la técnica del entrenamiento en parada de pensamiento, técnicas de desahogo emocional, relajación con la técnica de los cuatro tiempos y técnica de solución de problemas, pues la teoría evidencia que la misma resulta muy eficaz, ya que logra la modificación de conductas disfuncionales y pensamientos negativos relacionados a las variables ya mencionadas, de esta manera el paciente aprende a reconocer sus patrones de pensamientos negativos, modificación de esquemas desadaptativos y de minusvalía, además demuestran eficacia en conductas adictivas proporcionando estrategias motivacionales para el cambio, el uso de estas técnicas terapéuticas reflejan una disminución progresiva de los niveles de depresión y consumo problemático, integrando el comportamiento y aumentando el control personal, la autonomía y disminuyendo el malestar psicológico (Tolosa, 2019).

Además, en las variables de consumo de alcohol, impulsividad y esquema corporal y rasgos de personalidad, el entrenamiento en autoinstrucciones, solución de problemas y árbol de autoestima tienen beneficio en el paciente porque le permiten la identificación de sentimientos y emociones, adquisición de destrezas para la solución de problemas y para una comunicación más asertiva, logrando un fortalecimiento de sus redes de apoyo y participación en actividades agradables, la terapia cognitivo conductual reduce la gravedad de los síntomas a través del incremento de la autoestima, tolerancia a la frustración y capacidad de disfrutar actividades diarias evitando conductas suicidas (Navarro, 2018).

En general, se puede afirmar que la calidad de vida del paciente cambio notablemente y esto puede inferirse por los siguientes indicadores: el usuario denota una mejoría en el estado de ánimo y autoestima, logrando reconocer y modificar pensamientos desadaptativos relacionados con la poca valía hacia sí mismo e ideas suicidas; existió un aumento de respuestas adecuadas para comunicarse asertivamente. Así mismo la puesta en prácticas de las técnicas aprendidas en terapia le ha permitido desarrollar de mejor manera la toma de decisiones y solución de problemas, la ansiedad relacionada a la abstinencia de sustancias ha disminuido, lo que le ha permitido evitar el consumo y sobrellevar situaciones angustiantes, finalmente el paciente encontró un sentido de vida con la elaboración de un proyecto de vida que le permitió visualizar las metas y logros que quiere obtener posteriormente.

El estudio de este caso clínico es relevante, ya que realiza una gran aportación científica sobre la eficacia de la intervención psicoterapéutica basada en el modelo cognitivo conductual para la depresión y el consumo de sustancias en la adolescencia, que incluye componentes que permitieron cumplir con los objetivos del tratamiento centrados en disminuir la sintomatología depresiva, sus pensamientos negativos, mejorar el estado emocional del mismo como generar estrategias de comunicación asertivas para su desenvolvimiento familiar y social, sin embargo, existieron ciertas limitaciones en este estudio, principalmente el no poder trabajar conjuntamente con la familia del paciente que resulta ser una gran desventaja en la intervención terapéutica, ya que el rol de la de la mismas es un factor motivador en pacientes con depresión y drogodependientes.

Conclusiones

El proceso de evaluación que incluye métodos como la entrevista clínica, la observación psicológica y aplicación de reactivos, se considera fundamental puesto que permite conocer la problemática del paciente, con el objetivo de detectar la sintomatología del paciente para llegar a un diagnóstico.

Se concluye que el proceso terapéutico llevado a cabo en el presente caso resultó exitoso, gracias al tratamiento y técnicas aplicadas, que proporcionaron cambios en el paciente y modificaron las variables, como el autoestima, y deseos por consumir, lo que le permite hacer frente a las situaciones estresantes del entorno, así como cambiar los comportamientos relacionados a la impulsividad y ansiedad asociados al consumo desde la focalización de un proyecto de vida.

El modelo terapéutico basado en la terapia cognitivo conductual es efectivo y genera gran impacto en trastornos depresivos y por consumo problemático de sustancias, con el cuál se logró disminuir conductas desadaptativas y controlar los impulsos para minimizar progresivamente la ingesta; además de modificar las creencias y pensamientos erróneos del paciente, permitiéndole tomar mejores decisiones afrontando sus problemas con otra perspectiva, disminuyendo la sintomatología depresiva.

Recomendaciones

Es relevante realizar el respectivo seguimiento del caso mediante el uso de los métodos de evaluación como la observación psicológica y aplicación de reactivos, para corroborar el funcionamiento de la intervención y su beneficio posterior frente al cuadro clínico, así mismo es importante continuar con la intervención enfocada en este tipo de terapia para producir una regulación del estado de ánimo, y disminuir ansiedad y consumo progresivamente.

Se recomienda la implicación del contexto familiar en el proceso psicoterapéutico ya que resulta de gran importancia, puesto que el apoyo del mismo generaría una gran mejoría en el paciente y le permitiría no sentirse juzgado por los diferentes cambios psicológicos que puede presentar el proceso, siendo vital en la intervención y psicoeducación sobre las problemáticas para conseguir una mayor comprensión y manejo adecuado de los trastornos, de no ser participe la familia en la intervención, el paciente no recibirá apoyo y no podrá potencializar conductas positivas para reducir los síntomas.

Se debe potenciar el uso de programas de intervención que impliquen la investigación previa en bases de información amplias y eficaces para el control y tratamiento de estos trastornos; como el uso de mindfulness que contribuye en la atención plena en el paciente con adicción, un aumento de conciencia y capacidad de experimentar la vida con claridad, así puede observar sus hábitos mentales y pautas de comportamiento, que le ayudarán a integrar destrezas para la prevención de recaídas, disminución del craving y entrar en un estado de relajación en situaciones de ansiedad.

Referencias

- Alarcó, R. (2022). *Efectos adversos asociados al consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo en la población adolescente* [Tesis de Maestría, Universidad de Alicante]. Repositorio Institucional RUA. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/123738#vpreview>
- Alonso, B., De Antonio, M., Camarena, P., Casla, J., De la Cuesta, S., Martín, E., Mosteiro, C., Orozco, B., Redondo, C. y Soler, P. (s.f). *Protocolo de Intervención Psicológica*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloPsicologico.pdf>
- Babor, T., Higgins, J., Saunders, J. y Monteiro, M. (1992). *AUDIT Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para el uso en atención primaria* [Archivo PDF]. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf
- Cabrera, A. (2019). *Rasgos de personalidad y conducta autolesiva en adolescentes del centro de acogida Enriquez Gallo de la ciudad de Quito en el año 2018* [Tesis de grado, Universidad Tecnológica Indoamérica]. Repositorio Institucional UTI. <http://201.159.222.95/bitstream/123456789/1268/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20AMILCA%20CABRERA.pdf>
- Cadena, S. (2022). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes* [Tesis de Maestría, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio Institucional UTMachala. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/18422/3/Cadena%20Garcia%20S.%20M..pdf>
- Cid, M., Carvajal, A. y Freiria, M. (2008). Entrevista Clínica: modelos teóricos y un poco de práctica. *Cadernos de atención primaria*, 15, 167-171. https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL15/PDF%20WEB%20VOL15%20N2/07_Habi_Terap_B.pdf

- Chávez-Vera, M., Estévez, A., Olave, L., Momeñe, J., Vásquez, D. y Iruarrizaga, I. (2018). Estudio de las relaciones entre adicciones comportamentales, impulsividad y consumo de sustancias en adolescentes: Validación del MULTICAGE CAD 4 y del DEN en Ecuador. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(3), 13-38. <https://www.aesed.com/upload/files/v43n3-itziar.pdf>
- De la Serna, J. (2018). El diagnóstico diferencial en la Psicología Clínica: Entrenamientos en habilidades básicas del psicólogo clínico-sanitario. *Hackensack*, 1(4), 58-77. [10.6084/m9.figshare.13508028](https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13508028)
- Díaz, M., Ruíz, M., y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas de terapias cognitivo conductuales*. UNED, <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433029508.pdf>
- Farinango, M. (2022). *Propuesta de intervención para aumentar la autoestima en adolescentes* [Tesis de Maestría, Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCESA. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/3571>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013) *Evaluación Psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Fundación Silencio (FUNDASIL). (s.f). *Duelo: Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de duelo*. UNICEF. <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>
- García-Grau, E., Fusté, A. y Bados, A. (s.f). *Manual de Entrenamiento en Respiración*. Facultad de psicología, Universidad de Barcelona. https://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf
- Herrera, S. (2021). *Experiencias tempranas y personalidad en consumidores de sustancias psicoactivas, del centro de rehabilitación "Desafío Juvenil"* [Tesis de Grado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/22655/1/T-UCE-0007-CPS-310.pdf>
- Hurtado, A., Irazoqui, G., García, L., Groisman, R. y Pavlovsky, F. (2022). Mejoramiento del rendimiento cognitivo y plasticidad post lesional durante el tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno por uso de sustancias. Reporte de caso. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 33(156), 56-63.

https://revistavertex.com.ar/descargas/primeronline/vertex%20156_articulo%207%20PAVLOVSKY_ok.pdf

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (2012). *Los medicamentos de prescripción: Abuso y adicción.*

https://nida.nih.gov/sites/default/files/prescriptiondrugs_rrs_sp_1.pdf

Lara, M. (2019). *Beneficios de la respiración consciente con la ansiedad generalizada y el estrés* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Abierta y a Distancia]. Repositorio UNAD.

<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/28047/1085321145.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lobo, A., Camorro, L., y Luque, A. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 493-9. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)

Lozano, J., Rubio E. y Pérez, M. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 7(3), 471-499. <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/02/Detencion-de-pensamiento.pdf>

Mayorga, P. (2021). *La salud mental y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la provincia de Tungurahua* [Tesis de grado, Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional PUCESA.

<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3158/1/77320.pdf>

Mesa, A. (2017). *Intervención clínica cognitivo-conductual en un caso por consumo de sustancias.* [Tesis de Maestría, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional UPB. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/5166>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2016). *Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo.*

https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/9_Protocolo_alcohol_tabaco_y_otras_drogas.pdf

- Mojarro, A., Herrera, I. y Servín, L. (2017). Entrenamiento en habilidades para la vida como estrategia para la atención primaria de conductas adictivas. *Psicología Iberoamericana*, 25(2), 63-69. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133957572008>
- Mongiati, P. (2016). *Diagnosticar en psicoterapia* [Tesis de Grado, Universidad de Palermo]. Repositorio UP. <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/1762>
- Moreno, P., Rojas, O. y Tejada, A. (2010). Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. *Adicciones*, 22(1), 65-72. <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/15040/Propiedades%20psicom%C3%A9tricas.pdf?se>
- Morocho, L. (2017). *Dimensiones del test gráfico persona bajo la lluvia en personas con y sin experiencia de lluvia intensa* [Tesis de Grado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2797/MOROCHO_V_L.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Muraca, F. (2019). Aportes desde la Psicoeducación al Tratamiento de la Enfermedad Mental. *UNR Journal*, 11(2), 1-7. <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/17642/184-738-1-PB.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo-conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único* [Tesis de Maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional UniNorte. <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?se>

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2018). *Informe Mundial sobre las Drogas. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*.
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (s.f). *El problema de drogas en las americas: Estudios. Drogas y Salud Pública*.
http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *ASSIST: La prueba de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso de la atención primaria*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Oria, I. (2021). *Autoestima y emociones: como afectan en el rendimiento académico* [Tesis de Maestría, Universidad Pública de Navarra]. Repositorio Institucional UPNA.
<https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/40117>
- Paz, S. y Peña, B. (2021). *Fundamentos de la Evaluación Psicológica*. Editorial Abya Yala.
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20863/5/Fundamentos%20de%20%20evaluacio%CC%81n%20psicolo%CC%81gica.pdf>
- Pedraza, O., Salazar, A., Sierra, F., Soler, D., Castro, J., Castillo, P., Hernández, A. y Piñeros, C. (2016). Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de adultos de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*, 41(4), 221-228. <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n4/v41n4a04.pdf>

- Peñalver, C. (2014). *Evaluación del Inventario BDI II*, 45(5), 1-15.
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Pérez, C. (2018). *Programa de autoinstrucciones para el manejo de la impulsividad* [Tesis de Maestría, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional UP-RID. <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/1609>
- Rodas, M. (2015). *Coincidencia de dos cuestionarios auto-aplicables de personalidad para la detección de rasgos de personalidad en estudiantes universitarios* [Tesis de Grado, Universidad Técnica Particular de Loja]. Repositorio Institucional RiUTPL. <http://dspace.utpl.edu.ec/jspui/handle/123456789/13233>
- Saavedra, M. y Mejía, M. (2014). *Características de personalidad y estrategias de afrontamiento en reclusas del centro de resocialización de mujeres de Bucaramanga* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Bucaramanga]. Repositorio Institucional UNAB. [https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1854/2014_Tesis_Mejia_Monta%
c3%b1ez_Monica.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1854/2014_Tesis_Mejia_Monta%c3%b1ez_Monica.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 51(4), 245 – 254. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v51n4/art03.pdf>
- Soutullo, C. y Collins, C. (2022). Depresión mayor en niños y adolescentes. *Pediatría integral*, 26(2), 83.e1 – 83.e16. https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/03/Pediatria-Integral-XXVI-2_WEB.pdf#page=35
- Tena-Hernández, F. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM*, 4(3), 36-45. https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf
- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., Fuente-Martín, A. y Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Med Int Méx*, 34(2), 264 – 277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>

- Tolosa, D. (2019). *Intervención cognitivo-conductual en un adolescente drogodependiente con trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos* [Tesis de Maestría, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional UPB. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6245/digital_38290.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Trujillo, A. (2017). *Estudio de caso clínico en una paciente con trastorno límite de personalidad comórbido con trastorno depresivo mayor* [Tesis de Maestría, Universidad de Norte]. Repositorio Institucional UNINORTE. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7859/10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Valarezo-Bravo, O., Erazo-Castro, R. y Muñoz-Vinces, Z. (2021). Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador. *Health and Addictions/Salud y drogas*. 21(1), 279-293. doi:10.21134/haaj.v21i1.584
- Veloz, M. (2018). *Programa para la mejora de la autoestima en estudiantes de 8vo de EGB* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Educación]. Repositorio Institucional UNAE. <http://repositorio.unae.edu.ec/handle/56000/632>