



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo
de múltiples sustancias, en adolescente privado de libertad**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora: Aguilar Piedra, Melina Isabella

Director: Valarezo Guzmán, Erick Gabriel

LOJA

2023



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-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>

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, martes 26 de septiembre de 2023

Magister

Gianella Lisset Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias en un adolescente privado de libertad, realizado por Melina Isabella Aguilar Piedra, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Mgtr. Erick Gabriel Valarezo Guzmán

C.I.: 0705954154

Correo electrónico: egvalarezo@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Melina Isabella Aguilar Piedra, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias en un adolescente PPL, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Marco Teórico, Metodología y Resultados, siendo Erick Gabriel Valarezo Guamán, director 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 con 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 UTP, 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 autora, 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: Melina Isabella Aguilar Piedra

C.I.: 1104057805

Correo electrónico: miaguilar1@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente estudio de caso está dedicado al principal pilar de mi vida, Yadira Esmeralda Piedra Tene, mi madre, por haber confiado, apoyado y motivado el sueño de tener un título, quien con dedicación me ha sabido orientar y dar fuerzas a lo largo de mi vida universitaria, quien ha sabido levantarme e impulsarme en mi vida profesional y personal. Por esto, entrego mi trabajo de titulación en ofrenda por su paciencia, amor y sobre todo confianza. Así mismo, a Loreto Stephania Aguilar Piedra, mi hermana, por el apoyo incondicional, sus palabras de aliento y su compañía en largos momentos de tareas, pruebas, y trabajos en este proceso.

.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta etapa de mi vida con grandes experiencias, aprendizajes, amigos, docentes y compañeros. De esta misma forma extendiendo mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, por el apoyo brindado durante estos cinco años de carrera, a los tres centros de práctica por permitirme realizar mis prácticas pre-profesionales, de manera especial al Centro internamiento, donde realice mi caso de sistematización, por potenciar mis aprendizajes, destrezas y habilidades.

De igual forma, a los diferentes docentes de la carrera de Psicología Clínica, en especial al Mgr. Erick Gabriel Valarezo Guzmán, siendo un director de tesis dedicado, para con sus estudiantes, la guía de él durante este proceso de sistematización, sin duda fue valiosa y fructífera. Por otra parte, agradezco inmensamente a la Psc. Cl. Jimena Patricia Luzuriaga por su delicadeza, enseñanza, dedicación, paciencia y cariño entregado como tutora externa de mi centro de prácticas, brindándome conocimientos amplios, reafirmando mi amor por la carrera, y fortaleciendo habilidades personales.

A mis amigos que han estado en constante apoyo en este arduo proceso, de manera especial a Cinthya Salome Loaiza Palma y Arihana Edith Loaiza Armijos, por su paciencia y enseñanzas en el proceso de titulación y desafiarme a romper mis límites.

Finalmente, agradezco a mi madre y mi hermana, por brindarme su incondicional apoyo en este proceso de vida universitario, a mis amigos y compañeros por el aporte significativo a mi crecimiento.

Índice de contenido

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
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno.....	8
Marco teórico	8
1.1 Presentación del caso	8
1.1.1 Identificación del paciente.....	8
1.1.2 Motivo de consulta.....	9
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología	9
1.2 Proceso de evaluación	11
1.3 Proceso diagnóstico	18
1.3.1 Diagnóstico definitivo.....	18
Metodología.....	20
2.1 Tratamiento/Intervención.....	20
2.1.1 Objetivos terapéuticos.....	21
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	21
Capítulo tres.....	29
Resultados	29
Discusión.....	33
Recomendaciones	38
Referencias	39

Índice de tablas

Tabla 1 Resultados de los Instrumentos.....	16
Tabla 2 Diagnóstico del Paciente.....	19
Tabla 3 Plan de Tratamiento.....	21
Tabla 4 Resultados Cuantitativos	29

Índice de figuras

Figura 1 Genograma familiar.....	8
Figura 2 Autoinforme de Comportamiento.....	30
Figura 3 Impulsividad de Barratt.....	31
Figura 4 Test de Salamanca	32
Figura 5 ASSIST	33

Resumen

El presente estudio de caso único, se realiza el abordaje terapéutico de un adolescente, privado de libertad con un trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias, con síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia, en medio protegido, según el manual CIE 10, rasgos de personalidad, niveles bajos de autocontrol, siendo su principal factor problemático con su ámbito familiar, social y sentimental. Inicialmente el paciente estaba dispuesto a un cambio significativo sobre el consumo de sustancias, es por lo que se plantea una intervención terapéutica con un plan de intervención basado en terapia cognitivo conductual y terapias de tercera generación. Tomando en cuenta el medio protegido en el que se encontraba el adolescente, y las limitaciones del centro, se concluye que los resultados obtenidos fueron significativos.

Palabras clave: Trastorno por consumo, terapia cognitivo conductual, terapia de tercera generación.

Abstract

In this single case study, the therapeutic approach of an adolescent, deprived of liberty with a mental and behavioral disorder due to the consumption of multiple substances, with dependence syndrome, currently in abstinence, in a protected environment, according to the ICD 10 manual, personality traits, low levels of self-control, being his main problematic factor with his family, social and emotional environment. Initially, the patient was willing to make a significant change regarding substance use, which is why a therapeutic intervention is proposed with an intervention plan based on cognitive behavioral therapy and third generation therapies. Taking into account the protected environment in which the adolescent found himself, and the limitations of the center, it is concluded that the results obtained were significant.

Keywords: Consumption disorder, cognitive behavioral therapy, third generation therapy.

Introducción

A lo largo de la historia, la contextualización de sustancias ha sido considerado como un tema muy cuestionado, atravesando un sin número de elementos a tomar en cuenta, sobre todo cuando se habla del consumo de sustancias en adolescentes, las consecuencias que va aparejado, constituyendo un problema social y sanitario, a nivel mundial. Es por esto, que las cifras publicadas por los organismos especializados en Naciones Unidas, de la Unión Europea y del plan Nacional sobre Drogas, no dejan lugar a dudas, 9 de cada 10 personas han probado las sustancias, por lo menos 1 vez en su adolescencia, y 8 de cada 9 lo continúan haciendo en el transcurso de su vida. Siendo estos números muy importantes, que ataca en gran parte a jóvenes e incluso adolescentes, que consumen estas sustancias (Urturi, 2003).

El consumo de sustancias en América latina continua con un patrón de incremento parecido al de muchos otros países del mundo, sin embargo, a pesar del exceso de disponibilidad de sustancias, entre ellas la marihuana - cocaína, los niveles de consumo han permanecido, lejos de los niveles de Europa y Norteamérica (Suarez, 2015).

En Suramérica, para el año 2010, aumenta en un 60% los consumidores con mayor numero en adolescentes, necesitando una intervención clínica 2.4 millones de personas (Santander, 2019).

El consumo es principalmente perjudicial a edades tempranas, en donde el organismo, especialmente el cerebro, se está desarrollando y madurando, con cierto riesgo, tanto para la salud física como la psíquica. En el cerebro se producen cambios neurofisiológicos que se traducen en manifestaciones clínicas y conductas compulsivas que expresan una perdida, notoria, de la capacidad volitiva del sujeto (Cruz-Ramírez et al., 2018).

Por tanto, las drogas constituyen estímulos que son capaces de suscitar en un individuo el deseo de conocerlas y experimentar con ellas, para disipar la incertidumbre ante un elemento ambiental, que en gran medida, se muestra desconocido y novedoso para la persona que no haya tenido una aproximación previa a él, por lo que le genera curiosidad y siente la necesidad de saciarla a través de conductas de aproximación y consumo (Borrego Ruiz, 2015).

La adolescencia se caracteriza por una fuerte presión social asociada a crisis psicológicas propias de la etapa, que lleva a una exposición constante al medio y a mayor susceptibilidad de consumo. Por este incremento en el consumo, y debido a estudios recientes que han demostrado que los adolescentes que consumen sustancias, antes de los 14 años, pueden tener hasta 10 veces más riesgo de presentar problemas con el alcohol en la adultez (Cruz-Ramírez et al., 2018).

El consumo de sustancias en adolescentes evoluciona en diferentes etapas, inicia desde el no consumo, pasa por el consumo experimental, consumo habitual, consumo nocivo hasta la dependencia (Tena-Suck et al., 2018).

A pesar de que todos los seres humanos están expuestos a consumir drogas de abuso y poseen los mecanismos cerebrales que les permiten experimentar sus efectos placenteros, solo un porcentaje bajo de la población es vulnerable a padecer trastornos por consumo de sustancias. Por lo que resulta imprescindible describir inicialmente los mecanismos cerebrales involucrados en el placer y, posteriormente, los involucrados en la decisión de consumo, para entender como su disfunción resulta en la expresión de algún tipo de trastorno (Díaz, M. Rangel, 2021).

Los trastornos por abuso de sustancias (múltiples o específicas), hacen referencia a un conjunto de síntomas somáticos, cognitivos y conductuales que conducen a la autoadministración de drogas de manera reiterada, a pesar de las consecuencias negativas tanto en la parte orgánica, psicológicas y sociales que implica (Tena-Suck et al., 2018). Para los profesionales de la salud es importante conocer, reconocer y tener claro todos estos conceptos progresivos para un diagnóstico y tratamientos adecuados, caso contrario se corre el riesgo de minimizar o magnificar conductas del consumo en el adolescente.

La probabilidad de consumo de sustancias y trastornos, desencadenados, por su uso se ve afectada por un conjunto de factores personales que incluyen características sociodemográficas, condiciones de salud mental, comportamiento sexual, uso de drogas legales, edades de inicio y percepción de riesgo.

Siendo evidente que el consumo de sustancias se presente en adolescentes infractores, privados de libertad, es un tema complejo, como se menciona los factores son diversos, sin embargo, una de las cosas que los adolescentes reconocen es que, al momento de cometer algún acto delictivo, estaban bajo los efectos de estas sustancias, en general (una sola o mezcladas). El consumo de sustancias es uno de los factores de riesgo más elevado, que se valora en el momento que el adolescente ingresa a estos centros de internamiento. Se ha observado una relación empíricamente directa asociada con las conductas disociales, delincuenciales y riesgo de reincidencia (Loinaz, 2022). El análisis de los factores de riesgo presentes en personas privadas de libertad debe ser amplio, ya que no se cuenta con información específica sobre cada uno de ellos.

La pertenencia al grupo de adolescentes con problemas de conducta y habituales consumidores acarrea a la ejecución de actos delictivos, siendo este su principal enigma con la sociedad. Lo que es aún más alarmante, las drogas forman parte del entorno que rodea al adolescente y junto con otros elementos igual o más provocadores que las drogas. Si bien es cierto los adolescentes en su mayoría acusan a las drogas como consecuencia de sus delitos, de cualquier modo, lo cierto es que están inmersos en un mundo de drogo delincuencia del que desearían salir sin saber cómo, ya que preguntando por sus anhelos, la mayoría sueña con un trabajo estable y la creación de una familia lejos del mundo en el que se encuentran (Martínez, 2018).

Es por esto que comprender mejor la asociación entre las conductas delictivas en adolescentes y el consumo de sustancias, ciertamente provee un marco de referencia para poder realizar programas de rehabilitación en jóvenes en conflicto con la ley, que tomen en consideración el rol que juega el consumo de sustancias en los delitos y la reincidencia delictiva (Vega-Cauich & Zumárraga-García, 2019).

De esta manera, los adolescentes en general están expuestos en los problemas de salud mental y psicosociales, nuestro trabajo se centra en protegerlos de la adversidad, como también promover en ellos un aprendizaje socioemocional como bienestar psicológico, garantizando que puedan acceder a una atención de salud mental, siendo factores

fundamentales para el bienestar durante sus años de adolescencia y edad adulta, tomando en cuenta que los adolescentes privados de libertad con carencias en salud mental son expuestos a una doble vulnerabilidad, lo que se evidencia en la mayor probabilidad que tienen los adolescentes infractores privados de libertad de desarrollar trastornos de este tipo (Miranda Manríquez, 2020). Es por lo que el estado debe extremar los recursos para poder modificar la ejecución de actividades como parte del internamiento en adolescentes.

En los ámbitos internacional y nacional se ha demostrado que las intervenciones breves basadas en la teoría del aprendizaje social, que además se utilizan componentes de la entrevista motivacional, prevención de recaídas y técnicas de autocontrol son efectivas para personas con un patrón de consumo problemático que han desarrollado dependencia (Rodríguez Durán et al., 2017). Es necesario abordar varias propuestas de intervención para los adolescentes con consumo, en este caso el adolescente siendo parte de un internamiento (Centro de Adolescentes Infractores), se toma en cuenta varios factores determinantes que al momento de la intervención fueron de gran ayuda para el proceso.

Es por lo que el presente estudio de caso muestra un adolescente de 17 años que cumple con una medida de internamiento por posesión de armas y tenencia de sustancias ilícitas, el mundo de las bandas delictivas es el que lo involucra al consumo de múltiples sustancias. A causa del consumo sus relaciones se han visto afectadas en los ámbitos familiar, social y sentimental, notoriamente.

Este caso se compone de tres capítulos; en el primer capítulo se desarrollará el marco teórico, en el que se describe la información recopilada al adolescente mediante la historia clínica psicológica, tales como sus datos personales, motivo de consulta, historia del problema y descripción de los síntomas, evaluación psicológica, diagnósticos presuntivos, diferencial y definitivo.

En el segundo capítulo, se describirá la metodología utilizada para llevar a cabo la intervención psicológica del adolescente, en donde se establecen objetivos en base a variables dependientes e independientes, posterior a eso se diseña un plan de intervención

enfocado al consumo de múltiples sustancias, el mismo que será desarrollado en nueve sesiones.

Finalmente, en el tercer capítulo, se expondrá los resultados obtenidos durante la fase de evaluación e intervención psicológica con el adolescente, se realizará el respectivo análisis comparativo del caso, y se expone las conclusiones y recomendaciones respectivas.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

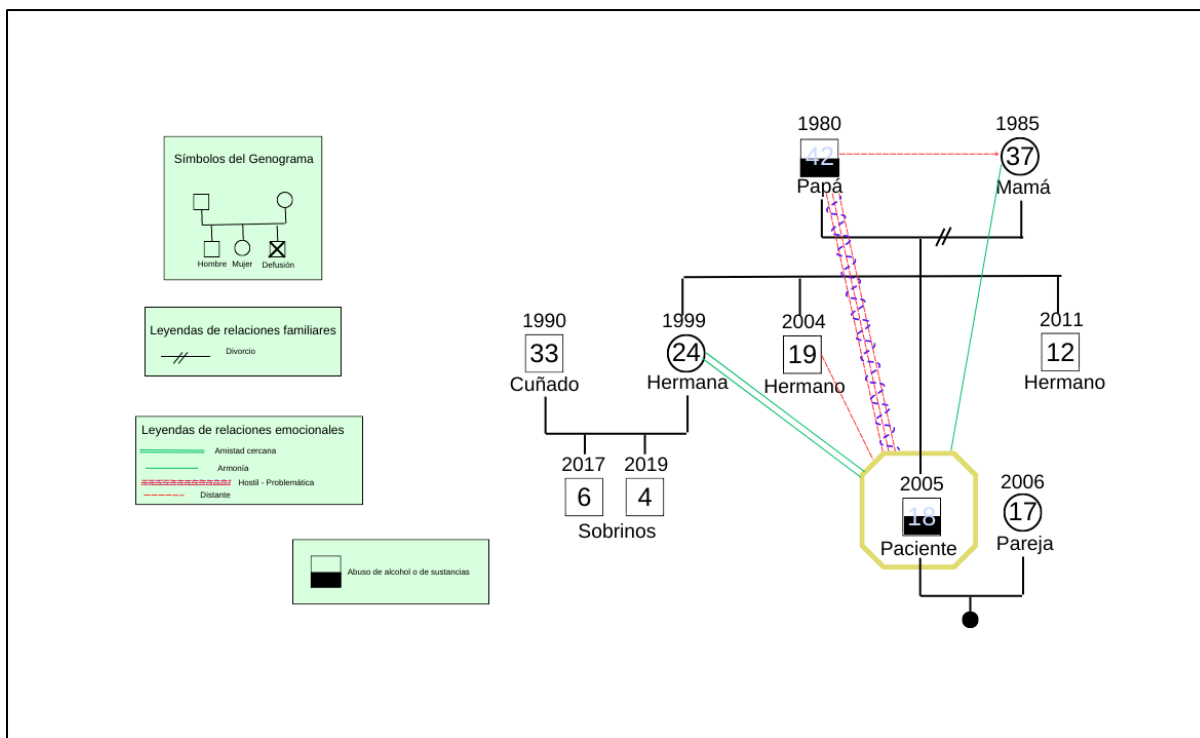
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

El paciente es un joven de género masculino de 17 años, soltero y sin hijos. Reside en la ciudad de Loja y posee la nacionalidad ecuatoriana, nacido en la ciudad de Machala. Pertenece a un nivel socioeconómico bajo y su nivel educativo se limita a la educación primaria. Actualmente, no tiene ocupación y está experimentando un proceso de institucionalización dentro del centro de adolescentes, lo que sugiere que ha tenido algún tipo de involucramiento con el sistema legal.

El paciente proviene de una familia monoparental que ha experimentado problemas interpersonales significativos. En particular, ha tenido una relación difícil con su padre, quien lo ha maltratado tanto física como psicológicamente. Cabe destacar que su padre tiene consumo excesivo de alcohol, siendo la madre de la menor víctima de agresión. Estos incidentes llevaron a la ausencia y alejamiento de la madre del paciente durante dos años en su niñez. A pesar de estos desafíos, el paciente mantiene una relación cercana con su hermana, cuñado y sobrinos. Sin embargo, su relación con su hermano mayor es tensa y ha resultado en problemas de seguridad para ambos. Finalmente, el paciente tiene una conexión limitada con su hermano menor, ya que se fue de casa cuando este tenía aproximadamente 4 años.

A continuación, se presenta el genograma familiar de N.N:



1.1.2 **Motivo de consulta**

Paciente acude a consulta como parte del proceso de institucionalización de internamiento privativo de libertad. Manifiesta haber empezado el consumo de sustancias de manera paulatina, es decir, empieza con el consumo de alcohol, posteriormente añade el consumo de cigarrillo, para finalmente llegar a consumir cocaína y la mezcla de los mismos. Según sus relatos, su entrada en un Grupo Delincuencial Organizado (GDO) lo expuso a este mundo de las drogas. Ha intentado dejar el consumo por cuatro ocasiones, sin embargo, su mayor tiempo en abstinencia fue de un año, posterior a ello regreso al consumo.

El paciente ha informado que su consumo de drogas ha afectado sus relaciones familiares y sentimentales, lo que ha contribuido a la falta de comunicación con su familia. Ha consumido todas las sustancias mezcladas, lo que ha generado conflictos personales y de salud.

1.1.3 **Historia del problema y descripción de la sintomatología**

El paciente fue ingresado en el Centro de Adolescentes Infractores de Varones debido a la posesión de armas y sustancias ilícitas, y su estancia en este centro es parte de una medida de internamiento institucionalizada. Según el paciente, su consumo de alcohol

comenzó a los 10 años, durante los fines de semana. Posteriormente, comenzó a trabajar en una bananera donde conoció a personas que lo involucraron en un Grupo Delincuencial Organizado (GDO), donde se desempeñó como vendedor de drogas.

En el tiempo que estuvo involucrado en el GDO, su consumo ~~de drogas~~ se intensificó, llegando a consumir cocaína mezclada con alcohol y otras sustancias. Desde entonces, ha intentado dejar el consumo en varias ocasiones, sin éxito a largo plazo.

A los 11 años, comenzó a consumir marihuana mezclada con alcohol y polvo, alegando que lo hizo por curiosidad. Su consumo se intensificó debido a la necesidad de ser aceptado por personas de alto rango en la organización delictiva a la que pertenecía, y su función en ella le permitió tener mayor acceso y disponibilidad a las drogas.

A los 12 años, el paciente comienza a consumir cocaína. Según sus propias palabras, "siempre lo hacía antes de ir a hacer algún trabajo (delito) de la banda, para no sentir lo que iba a hacer". Además, consumía cocaína mezclada con alcohol y marihuana semanalmente, y bebía alcohol los fines de semana. Tiempo después, decide dejar la marihuana debido a que sentía que su salud estaba empeorando, pero no lo logra. El adolescente admite haber intentado dejar las drogas en cuatro ocasiones, pero siempre ha vuelto a consumirlas. Él atribuye su consumo a la mala comunicación y relación que tiene con su familia y relaciones sentimentales, afirma que no siente mucho interés en comunicarse con ellos o avisarles de su paradero, ya que ha sido "independiente" desde que era pequeño. Todo este proceso de consumo se ha mantenido hasta su ingreso en el CAI-V.

Al ingresar al Centro de Adolescentes Infractores, el paciente experimentó un proceso de abstinencia y aislamiento que le impidió acceder a las drogas. Como resultado, comenzó a manifestar síntomas como: desesperación, temblores, sudoración, pesadillas, dolores de cabeza, alucinaciones visuales y auditivas, flashbacks e irritabilidad. Debido a sus antecedentes, fue remitido al área de psiquiatría donde un doctor le recetó carbamazepina de 200mg en la mañana y quetiapina de 50mg en la noche para ayudar a sobrellevar el síndrome de abstinencia.

Siendo para el adolescente, las GDO, la cárcel y amistades sus principales factores de riesgo, a pesar de haber intentado dejar el consumo, el medio en el que el menor se encontraba envuelto y siendo la organización la que le dio el total acceso a la droga, sus intentos fueron frustrados. Su familia fue una red de apoyo que intento alejar al paciente de este mundo, de igual forma sus intentos fueron frustrados.

En su siguiente control con el psiquiatra, 30 días después, el médico aumentó la dosis de carbamazepina a 400mg y agregó gabapentina de 300mg cada 12 horas para ayudar con la irritabilidad y el proceso de desintoxicación.

1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación del adolescente se llevó a cabo en colaboración con el área de psiquiatría, con el objetivo de obtener un diagnóstico multidisciplinario. Se llevaron a cabo dos sesiones de evaluación, cada una con una duración de 50 minutos, de manera presencial. Durante estas sesiones se utilizaron diversas técnicas, incluyendo una observación clínica y una entrevista semiestructurada.

1.2.1 Entrevista con el paciente

En la primera sesión se utilizó una entrevista semiestructurada, siendo esta una interacción en el marco de una situación social de interrogación con una finalidad definida que queda de manifiesto el carácter psicosocial de esta técnica, a la vez que se evidencia que en su aplicación entraran en juego los mismos principios de comunicación e interacción humana (Ríos Martínez, 2019).

En donde se evidenció que el adolescente estaba pasando por un proceso de abstinencia dentro del centro, lo cual lo mantuvo con ciertos comportamientos inusuales, presento ideas fantasiosas, ideación suicida con disminución ligera de la memoria a corto plazo, memoria autobiográfica conservada, lenguaje claro, afectivamente con sentimientos de irritabilidad, impulsividad, presenta malos hábitos del sueño. Aspectos de la apariencia, vestimenta acorde a su edad y sexo, muy inquieto e intranquilo durante las sesiones.

En la segunda sesión se realizó una entrevista estructurada, apoyada de un cuestionario o inventario aplicado de forma oral, y en líneas generales, es aquella en la que se parte de un texto y de una secuencia prefijada de preguntas, fundamentalmente cerradas, que haga posible la codificación y la elaboración cuantitativa de la información (Fernández-Ballesteros, 2013).

A continuación, se detalla las actividades desarrolladas durante las primeras sesiones de evaluación.

- **Primera entrevista:** Se procede a recolectar información para la realización de la historia clínica, estableciendo de esta manera un rapport óptimo que me permitió mantener un ambiente adecuado con el adolescente. Durante este primer acercamiento el adolescente se mostró colaborador, respondiendo a las preguntas que se le hacía sobre su vida personal, siendo sincero cuando no deseaba responderlas o por el momento no quisiera hablar del tema específico, manifestó “siento que el cuerpo me pide polvo”, cuando se le preguntó sobre si consumía algún tipo de sustancia.
- **Segunda entrevista:** En esta sesión se le aplicaron baterías psicológicas como: test de mayo, impulsividad de Barratt, cuestionario de Salamanca, ideación suicida, assist, esto para conocer un poco más sobre el estado mental en el que estaba el adolescente. Se le explicó que era lo que se iba a evaluar, una vez que se tenga los resultados de todas las baterías se procedería a informarle, para empezar a formular un tratamiento adecuado. Durante la realización de los instrumentos y teniendo en cuenta la cantidad de baterías que eran, se decidió movilizarse con el adolescente a otro ambiente, dentro del centro de adolescentes, para que no sea aburrido ni tedioso para el joven.

1.2.2 Observación clínica

Para este proceso se utiliza la técnica de la observación, siendo una estrategia fundamental, en conjunto con la conducta humana universal que ocurre, también, en la

situación de evaluación entre el sujeto y el evaluador y que se produce sea cual fuere el modelo teórico de este (Fernández-Ballesteros, 2013).

Para sus exámenes funcionales, tiene orientación adecuada en tiempo y lugar, conciencia de acuerdo con su edad, atención un poco alterada, problemas con su memoria a corto plazo, no se observaron alteraciones en la sensopercepción, inteligencia dentro de los parámetros normales al igual que su juicio y razonamiento.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

- Escala de Ideación Suicida ISB (Beck, 1979)

La escala de ideación suicida fue creada por Beck en 1979. Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas. La ISB consta de 19 reactivos, estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango del puntaje es de 0 a 38. Con un análisis de confiabilidad y se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de .84 (Muñiz México González Macip et al., 2000).

- Acceptance and Action Questionnaire AAQ – II (YUC) (Durán Parra et al., 2017):

El YUC fue creada por Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis en el 2006. Sin embargo, para el presente estudio, se utilizó la adaptación al español por Duran Parra en el año 2017, AAQ – II. Este instrumento fue diseñado para obtener una medida general sobre la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Está conformada por 10 ítems que hacen referencia a la falta de voluntad al vivir o experimentar pensamientos, emociones y situaciones no deseadas, así como la imposibilidad de alcanzar metas y valores personales relacionados con pensamientos, emociones o situaciones dolorosas o molestas. El cuestionario maneja una escala tipo Likert de 1 a 7, y tiene un alfa de Cronbach de .82 (Durán Parra et al., 2017).

- Escala de Ansiedad de Hamilton HDRS (Cedeño, 2014):

Esta escala fue diseñada por Hamilton en el de 1959. Para el presente estudio se utilizó la adaptación al español creada por Cedeño en el año 2014. Este instrumento evalúa la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de

ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. Este reactivo cuenta con un alfa de Cronbach de 0.63 – 0.75.

Con respecto a su estructura, está constituida por 14 ítems en una escala tipo Likert, en donde 0= ausente, 1=intensidad leve, 2= intensidad media, 3=intensidad fuerte, 4= intensidad máxima. Y el puntaje total es de 0 a 13 puntos significa que no existe ansiedad, 14 a 17 la ansiedad es leve, 18 a 24 ansiedad moderada y de 25 a 30 puntos significa ansiedad severa (Cedeño, 2014).

- **Test de Mayo (Carrera, 2018)**

El test de mayo fue creado por Cattell en 1996. Para este estudio se utilizó la adaptación al español creada por Lorena Carrera en el año 2018, el cual ayuda a detectar si existe un problema cognitivo, es decir mide la capacidad de respuesta de las funciones mentales superiores más no de conocimientos. Es utilizado para una población de 12 años en adelante. Se agrupa en 8 apartados: orientación, atención, aprendizaje, cálculo, abstracción, información, construcción, revocación. Si la persona contesta de manera errónea o de manera incompleta su puntuación será 0, si responde de forma acertada su puntuación será 1 de acuerdo con la pregunta. Si puntúa 19 su deterioro mental es grave, de 20 a 27 puntos moderado, de 28 a 31 puntos leve, de 32 a 37 puntos límite, y de 38 a 42 puntos no hay signos de deficiencia (Carrera, 2018).

- **Impulsividad de Barratt BIS (Salvo & Castro, 2013)**

La escala de impulsividad de Barratt fue creada por Stanford en 1959. Para este estudio se utilizó la adaptación al español creada por Salvo y Castro en el año 2013, diseñada para evaluar la impulsividad, consta de 30 ítems que se agrupan en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora e Impulsividad No Planeada, cada ítem consta de cuatro opciones de respuestas. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems, finalmente para obtener la puntuación total se realiza la suma de todas las subescalas (Salvo & Castro, 2013).

- **Cuestionario de Salamanca de Trastorno de Personalidad (Cañas Lucendo & Veloz Merizalde, 2020):**

El cuestionario de Salamanca es creado por Pérez Urdániz en 2004, para este estudio se utilizó la versión adaptada creada por Cañas Lucendo y Veloz Merizalda en el año 2020, el objetivo de este cuestionario es la valoración de los rasgos de personalidad, su forma de sentir, pensar y actuar. Formado por 22 ítems, divididos en 3 grupos, GRUPO A, que son los primeros 6 ítems, evalúan paranoide, esquizoide y esquizotípico, GRUPO B, conformado por los siguientes 10 ítems, evalúan histriónico, antisocial, narcisista, subtipo impulsivo y subtipo limite, GRUPO C los últimos 6 ítems, evalúan anancástico dependiente y ansioso. El cuestionario de Salamanca muestra un alfa de Cronbach de .89 (Cañas Lucendo & Veloz Merizalde, 2020).

- **Inventario Clínico para Adolescentes de Millón MACI (Vinet & Alarcón, 2003):**

Este instrumento fue creado por Millón en 1993, para este estudio se utilizó la versión adaptada al español creada por Vinet y Alarcón en el año 2003, que consta de 160 ítems con afirmaciones que el sujeto debe responder en un formato verdadero o falso, dependiendo de si ellas representan o no aspectos vinculados a su experiencia personal. Estas afirmaciones aportan a 31 escalas: doce escalas de Patrones de Personalidad, ocho escalas de Preocupaciones Expresadas, siete escalas de síndromes Clínicos, tres escalas Modificadoras y una denominada Confiabilidad, estas escalas revelan los estilos de personalidad que surgen y se estabilizan en la adolescencia (Vinet & Alarcón, 2003).

- **Cuestionario de Depresión de ZUNG (Rivera I et al., 2007) :**

Cuestionario de depresión de Zung, fue creado por Zung en el año de 1965, para este estudio se utilizó la versión adaptada creada por Rivera en el año 2007, que consta de 20 preguntas donde se exploran síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las dos últimas semanas, es decir, estado de ánimo y síntomas cognoscitivos y somáticos. Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que de 1 a 4, la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que posteriormente permite identificar el nivel de

depresión, siendo que menor a 50 puntos rango normal, de 50 a 59 mínima, de 60 a 69 puntos moderada y mayor o igual a 70 puntos severa (Rivera I et al., 2007).

- **Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test ASSIST (OMS, 2011):**

El cuestionario consta de ocho preguntas, para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos u otras. El test nos indica la puntuación de riesgo para cada sustancia, misma que permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo, como: bajo, moderado o alto, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (OMS, 2011).

Tabla 1

Resultados de los Instrumentos

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala de Ideación Suicida	16 puntos	No aplicable
AAQ – II (YUC)*	38 puntos	Inflexibilidad psicológica
Escala de Ansiedad de Hamilton*	26 puntos	Severa
Autoinforme de Comportamiento*	101 puntos	Leve
Test de Mayo	27 puntos	Leve

Impulsividad de Barratt*	82 puntos	Moderado
Test de Personalidad MACI	745 puntos	Alto
Cuestionario de SALAMANCA*	4 puntos	Moderado
ASSIST*	55 puntos	Severo

*Nota: Los instrumentos utilizados en el re-test de evaluación, se los identificara con un **

Siendo la escala de ideación suicida, una batería psicológica que no es aplicable al adolescente ya que su puntuación no llega a cumplir con lo que la escala solicita. YUC nos permite identificar la inflexibilidad psicológica que en este caso el adolescente muestra, siendo 38 una puntuación alta; en la escala de ansiedad de Hamilton se evidencia una puntuación severa, dentro de los criterios de esta escala si se evidencia ansiedad; el autoinforme de comportamiento nos bota 101 puntos divididos de la siguiente manera: 34 puntos área disocial, 28 puntos impulsividad, 10 puntos área disocial, 13 puntos psicopatía y 16 puntos en hiperactividad, dándonos un resultado leve de severidad; el test de mayo nos da como resultado 27 puntos que lo coloca en el deterioro leve; impulsividad de Barratt nos arroja 82 puntos divididos de la siguiente manera: 16 puntos en impulsividad cognitiva, 25 puntos en impulsividad motora y 41 puntos en impulsividad no planeada; en el test de personalidad de maci arroja un total de 745 puntos, divididos, en su área principal de preocupación, de esta manera: 112 puntos rebelde, 86 puntos rudo, 104 puntos insensibilidad social, 114 puntos abusos en la infancia, 115 puntos inclinación abuso de sustancias, 108 puntos predisposición a la delincuencia y 106 puntos propensión a la impulsividad; el cuestionario de salamanca nos arroja 24 puntos divididos en: 5 puntos grupo A siendo los subtipos paranoide, esquizoide y esquizotípico; 12 puntos grupo B con cinco subtipos

histriónico, antisocial, narcisista, impulsividad y límite; 7 puntos grupo C con tres subtipos anancástico, dependiente y ansioso; y por último, en el cuestionario de depresión de Zung, da un total de 44 puntos ubicándolo al adolescente en un rango normal.

1.3 Proceso diagnóstico

Para llevar a cabo este proceso de diagnóstico en el presente caso se utilizó un manual de diagnóstico, el cual tiene mayor aceptación dentro de la Psicología clínica, siendo este el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. El uso del manual no resulta compatible con lo que se evaluara al adolescente.

1.3.1 Diagnóstico definitivo

Antes de llegar a un diagnóstico definitivo, se sospechó que el adolescente padecía un Trastorno de Personalidad Límite basándose en algunos síntomas y comportamientos. Sin embargo, según el Manual del CIE 10 (OPS, 2000), la edad mínima para diagnosticar este trastorno es de 21 años. Dicho de otra manera, el paciente tiene 17 años y también presenta comportamientos relacionados con el consumo excesivo, se descartó la posibilidad de que tuviera este trastorno. No obstante, se considerarán ciertos rasgos de personalidad que se han manifestado desde temprana edad.

El diagnóstico definitivo, por lo general es autolimitado y en algunas ocasiones se debe manejar el tiempo como parte de un recurso para el proceso de diagnóstico, posterior de que se haya descartado ciertas sintomatologías u otro tipo de trastornos, así mismo como procesos graves que puedan llegar afectar notoriamente el diagnóstico para el paciente (Novás et al., 2006).

De acuerdo con el manual de diagnóstico escogido, para diagnosticar a una persona con un consumo de múltiples sustancias o sustancias desconocidas, se cumplirá al menos un plazo de 12 meses. De acuerdo con los síntomas que presenta el menor, se establece como diagnóstico definitivo, según el CIE 10, ***Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias, con síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia, en medio protegido 304.90 (19.21)*** (OPS, 2000).

Tabla 2*Diagnóstico del Paciente*

Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias con síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia, en medio protegido 304.90

(F19.21)

CIE - 10

La forma de consumo de las sustancias le causa daño a la salud, tanto físico como o mental.

Así mismo el consumo se ha presentado varias veces en un periodo de doce meses.

Nota. La tabla muestra los criterios diagnósticos que presenta el paciente en base a los criterios del CIE-10.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

Luego de establecer el diagnóstico definitivo de N.N como ***trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias, con síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia, en medio protegido (F19.21)*** se planteó la intervención utilizando como métodos de tratamiento la corriente cognitivo conductual, la misma que tiene como objetivo solucionar inconvenientes recientes, emociones y conductas disfuncionales, considerando que juega un papel importante en el aprendizaje humano, así como los efectos del ambiente, las cogniciones y el lenguaje (Mendoza, 2020). También se utilizó la Terapia de Tercera Generación mismas que tienen como objetivo reformular y sintetizar las generaciones previas de las terapias cognitivas conductuales, conduciéndolas hacia cuestiones, asuntos o dominios previos y principalmente dirigidos por otras tradiciones. Estos tratamientos buscan la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para la persona, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados (Reichenbach et al., 2019).

El plan de intervención se planificó para 10 sesiones entre técnicas cognitivas conductuales y técnicas de tercera generación. Técnicas de cognitivo conductual como: psicoeducación, terapia cognitivo conductual, orientación conductual, reestructuración cognitiva, dialogo socrático, habilidades sociales, técnicas de resolución de conflictos, enfoque de prevención de recaídas; así mismo, técnicas de tercera generación como: aceptación y compromiso, entrevista motivacional, habilidades de aceptación radical, técnicas EDMR, proyecto de vida, técnica del sándwich y, hoja de balance decisiva.

Además, para el desarrollo del plan terapéutico, se tomó actividades de la Guía de estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias. Esta guía ayuda al análisis de los hábitos de consumo y le dará algunas ideas sobre como cambiarlos (OPS, 2011)

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Reducir el consumo problemático de sustancias, mediante múltiples estrategias psicoterapéuticas que mejoren a los factores de protección.
- Fortalecer recursos personales y sociales que favorezcan el desarrollo de estilos de vida.
- Reducir los niveles de ansiedad para que incremente el grado de autocontrol del adolescente.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 3

Plan de Tratamiento

SESIÓN	OBJETIVO TERAPEÚTICO	OBJETIVO SESIÓN	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	Reducir el consumo problemático de sustancias, mediante múltiples estrategias psicoterapéuticas que mejoren a los factores de protección.	Explicar el abordaje terapéutico de la enfermedad y aumentar la motivación al cambio y/o a la adherencia al tratamiento	- Psicoeducación - Entrevista motivacional	Tarea Terapéutica: Desarrollar la actividad “Tomar una decisión” y “Elegir su objetivo”.
2	Reducir el consumo problemático de sustancias, mediante múltiples estrategias psicoterapéuticas que mejoren a los factores de protección.	Abordar el tema conductual y pensamientos irracionales con respecto a la ingesta del consumo de sustancias.	- Terapia cognitivo-conductual - Orientación conductual - Registro diario de pensamientos (RDP)	Tarea Terapéutica: Inicio de registro diario de pensamientos, sobre las creencias del consumo de sustancias.
3	Fortalecer recursos personales y sociales que favorezcan el desarrollo de estilos de vida.	Identificar los sentimientos negativos acerca de las vivencias pasadas, como afectan en su presente, como afectan en su futuro y en el consumo.	- Habilidades de aceptación radical. - Técnica de clarificación de valores (ACT). - Técnica EDMR	Se modifica el método para enviar tareas.

4	Fortalecer recursos personales y sociales que favorezcan el desarrollo de estilos de vida.	Desarrollar diferentes habilidades sociales, que permita una mejor relación y comunicación con la familia y la sociedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades sociales - Dialogo socrático - Reestructuración cognitiva 	Tarea Terapéutica: Catarsis emocional.
5	Reducir los niveles de ansiedad para que incremente el grado de autocontrol del adolescente.	Mejorar el control de las emociones frente a diversas situaciones presentes con y en la sociedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de resolución de conflictos. 	
6	Reducir el consumo problemático de sustancias, mediante múltiples estrategias psicoterapéuticas que mejoren a los factores de protección.	Plantear actividades, posibles estilos saludables, que puedan mejorar su vida fuera del Centro de Adolescentes Infractores.	<ul style="list-style-type: none"> - Proyecto de vida. - Listado de logros y cualidades 	Tarea Terapéutica: Desarrollar la actividad "Consejos Útiles"
7	Fortalecer recursos personales y sociales que favorezcan el desarrollo de estilos de vida.	Psicoeducar sobre la prevención de las recaídas en el consumo de diversas sustancias y brindar estrategias de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Enfoque de Prevención de recaídas - Técnica del sándwich 	Tarea Terapéutica: Desarrollar la actividad "¿Cómo decir no?"
8	Reducir el consumo problemático de sustancias, mediante múltiples estrategias psicoterapéuticas que mejoren a los factores de protección.	Reforzar la motivación sobre la decisión de eliminar el consumo de sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback - Hoja de balance decisiva 	Tarea Terapéutica: Hoja de balance decisiva
9		Planteamiento de test posterior a recibir la intervención		

10	Brindar seguimiento y acompañamiento para el tratamiento farmacológico, para el síndrome de abstinencia.
----	--

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

- **Sesión 1:**

Para este primer acercamiento, es importante mencionar que ya se estableció un rapport con el paciente en sus primeras sesiones. Para empezar con el plan tenemos la psicoeducación, el cual dentro de todo proceso psicoterapéutico, es un proceso de aprendizaje y por lo tanto es un proceso educativo, dirigido por el terapeuta y elaborado conjuntamente con la persona (Tena Hernández, 2020). La psicoeducación se la realiza con la visualización de un vídeo educativo, posterior a esto se refuerza la información con preguntas del adolescente acerca de todo el proceso que se iba a llevar y del diagnóstico que se le dio. Dentro de esta sesión, se trabaja con una entrevista motivacional la cual es una entrevista, centrada únicamente en el paciente, que busca ayudar a explorar y resolver contradicciones sobre conductas o hábitos insanos (Lussier & Richard, 2007). Esta técnica es una forma de reforzar la psicoeducación que se le brindo al adolescente, a partir del vídeo que se socializa con él.

Una vez realizadas las técnicas se trabaja con el punto 11 y 12 de la Guía de estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias, el punto 11, que tiene como nombre *“Tomar una decisión”*, brinda una hoja de balance en donde el adolescente debe colocar, las cosas positivas y negativas de reducir y/o eliminar el consumo de sustancias, conociendo la información correcta dada en la psicoeducación. Por otro lado, el punto 12, denominado *“Elegir su objetivo”*, es una hoja donde el adolescente coloca sus motivaciones para dejar el consumo de sustancias. Se logró cumplir los objetivos.

- **Sesión 2:**

Para la segunda Sesión se propuso trabajar con la terapia cognitivo conductual, en donde la premisa básica, de esta terapia sostiene que, si la causa de la conducta es el pensamiento, se ha de cambiar el pensamiento para cambiar la conducta. Las cogniciones son las causas de los problemas emocionales y conductuales (Moreno, 2012). Se va a complementar esto con Terapia dialéctica conductual, específicamente, orientación conductual, que tiene como objetivo principal utilizar estrategias de cambio más experimentales en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio más directas (Vásquez-Dextre, 2016).

Como actividad de esta sesión se utilizaron 6 tarjetas con diferentes palabras (nombres de personas importantes para el adolescente, palabras claves referentes a los GDO), las tarjetas se fueron volteando una por una y con cada palabra aparecida se realizaban 3 preguntas, *“qué pensamiento tiene con esa palabra, qué sentimientos le traen, qué consecuencias tiene o puede traer en su vida”*, durante la sesión el adolescente se muestra susceptible, al leer las palabras. Se logró cumplir con el objetivo de la sesión.

Por último, se envía una tarea al menor, que fue el registro diario de pensamientos, donde debe colocar sus pensamientos, emociones diarias, en una hoja, todo esto hasta la siguiente sesión, como parte de la terapia cognitivo conductual.

- **Sesión 3:**

Como parte de la sesión número tres se plantea técnicas únicamente de la terapia de tercera generación, la primera fue habilidades de aceptación radical, establecemos que las bases de la aceptación radical cuando reconocemos que estamos atrapados en el hábito de juzgar, resistir y de aferrarnos, como estamos constantemente intentando controlar nuestros niveles de dolor y placer (Washington, 2003). La segunda, es una técnica muy parecida, se denomina aceptación y compromiso. La ACT parte de un supuesto que el dolor psicológico y el malestar son experiencias inevitables en la vida, por lo tanto, sería en vano intentar evitarlas o eliminarlas. La técnica de aceptación y compromiso propone enseñar a los pacientes como vivir y convivir con los aspectos dolorosos de su historia, con malestares emocionales y a

centrarse en hacer lo que funciona, lo que es importante para sus valores personales (Bruner Emiliano & Valladares Fernando, 2021). Y por último, la tercera y, más importante técnica para esta sesión, EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares), su base teórica dicta, que los síntomas existentes son el resultado de experiencias perturbadoras que no han sido procesadas adecuadamente, las experiencias almacenadas de forma disfuncional son procesadas hasta llegar a una resolución adaptativa (Iglesias Goya, 2020).

La unión de estas 3 técnicas fue encaminada al pasado del adolescente, que fue uno de los factores desencadenantes para su consumo y la elección de una GDO, y que actualmente seguía siendo su factor de riesgo, ya que logra desestabilizar al paciente tan solo con recuerdos. Para aplicar la técnica EMDR, lo hacemos en otro lugar más tranquilo, y donde no tenía como distraerse, cerró sus ojos, se realizó una respiración, y empezamos hablando de su niñez, recuerdos que él había mencionado en el rapport, que los tenía muy marcados en su vida, el paciente al inicio muestra su cuerpo muy tenso, sus puños era totalmente cerrados y apretados con fuerza, mientras se continúa hablando el quebranto en su voz es notorio, poco a poco él iba abriendo sus manos y lo que era ira o rabia se vuelve nerviosismo, temblores, sudoración, y lágrimas, para finalizar la sesión el adolescente menciona que se siente aliviado, refiere "se me quitó un peso de encima". El objetivo sí se cumplió en esta sesión. Al finalizar la sesión el menor menciona que no le gusta llevar tarea porque no hace las tareas del colegio tampoco va a realizar estas tareas, motivo por el cual se decide modificar el envío de tareas, por actividades lúdicas durante las sesiones.

- **Sesión 4:**

Al llegar a la sesión 4, el siguiente paso propuesto para el adolescente en su intervención, es habilidades sociales, son la capacidad de los individuos para organizar los pensamientos, sentimientos y acciones, como: expresar empatía, establecer y mantener relaciones interpersonales y resolución de conflictos (Esteves Villanueva et al., 2020). Por otro lado, también se plantea trabajar reestructuración cognitiva, este es un proceso de

intervención para producir un cambio significativo, en las diferentes formas de pensar ante cualquier situación que se le presenta al individuo (Mejicanos, 2019).

Cabe mencionar que el día que le toca esta sesión al menor, se había presentado una situación con su padre vía telefónica, días anteriores, que lo tiene un poco alterado al adolescente y con una rabia muy notoria, se tenía propuesta un diálogo socrático como actividad sin embargo, las preguntas propuestas al inicio para este diálogo se cambiaron debido al escenario en el que se encontraba actualmente el adolescente, las preguntas fueron: *“crees que de verdad, tu padre, no te quiere, él te ha dicho eso, por qué piensas que a tu padre, no le interesa lo que pase contigo”*, el adolescente está en una postura de no querer colaborar, le cuesta contestar las preguntas, al analizar sus respuesta, quienes hablan son sus impulsos, para esta sesión se envía la tarea de catarsis emocional, para desahogo de emociones negativas reprimidas.

- **Sesión 5:**

Para esta sesión, nuevamente se utiliza la técnica de habilidades sociales, en donde se lo realiza mediante la resolución de conflictos, se toma en cuenta sucesos que se presentaron en su niñez y parte de su adolescencia, para esto le brindo dos papeles con dos problemas distintos, el uno decía: *“Estas tu con 2 compañeros del centro, hay una pelea entre ellos, existe insultos, empujones y en medio de eso te insultan a ti también. Qué harías y por qué”*, las posibles respuestas ante esta situación fueron buenas, óptimas para el momento y el lugar, el otro problema decía: *“Tu hermana pelea con el papá de tus sobrinos, se dicen palabras fuertes y tus sobrinos están viendo. Qué harías y por qué”*, de igual forma la respuesta para esto fue satisfactoria, donde se logra ver un avance positivo en el adolescente para cuando él llegó la primera sesión.

- **Sesión 6:**

En este punto de la intervención, se enfoca en conocer y que el adolescente se permita conocer lo que quiere construir para su futuro, por eso lo planteado es un proyecto de vida, que viene a ser la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones esenciales y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales

(Angelo Hernández, 2003). Como actividad lúdica se plantea una rueda de preguntas, que él debe responder, pero para responderla debe jugar con un papel en donde tiene los colores de cada pregunta, existe una pregunta a la que no da respuesta, la cual dice “¿En dónde te ves en 5 años?”. Posterior a ello y ya habiendo contestado las preguntas, le hace dibujar su mano derecha, en una hoja, cada dedo tenía un tema que tratar, a esta actividad se la denomina, “*Reconociendo mis virtudes, creencias y características*”, es en donde el adolescente logra darse cuenta de que él es muy capaz de conseguir todo lo que había dicho para su proyecto de vida. Una vez hecha estas dos actividades se incluye el punto 20 de la Guía de estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias, la actividad es denominada “*Consejos Útiles*”, consiste en colocar consejos útiles para la vida diaria, todos ellos enfocados en cómo lograr los objetivos personales, propuestos en la rueda del proyecto de vida. Se cumplió el objetivo propuesto para el adolescente. No se envía tarea.

- **Sesión 7:**

En esta sesión y ya acercándose al final de la intervención, se realiza una psicoeducación conjunta con una retroalimentación de todo lo antes visto con él, lo que aprendió, se ejecuta mediante un vídeo interactivo y educativo, se trabaja con un enfoque de prevención de recaídas, este enfoque ve a la recaída como un proceso que toma lugar a través del tiempo en lugar de un evento aislado. El objetivo es reconocer estas situaciones y aplicar una combinación de acciones que ayuden a evitar que el consumo domine y dirija la elección de hacerlo (Guanabara et al., 2020).

Se realiza el punto 22 de la Guía de estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias, que es denominado “*Como decir NO*”, para lograr este punto se utiliza la técnica del sandwich, esta es una técnica de comunicación asertiva que le ayuda al adolescente a emplear dentro de la misma frase algo positivo, la negación a la petición y termina con algo positivo, como por ejemplo, “Te aprecio, pero no deseo, igualmente te agradezco” (Barao. et al., 2022).

- **Sesión 8:**

Siendo la última sesión de intervención, se aplica con él un Feedback, se conceptualiza como la información o comentarios facilitados por el terapeuta, el suministro de información explícita y retroalimentación, de conocimientos y el logro de una meta de aprendizaje (Jiménez Segura, 2015). En conjunto con este Feedback se realiza con el adolescente una hoja de balance decisiva, donde él debe escribir las ventajas e inconvenientes de dejar el consumo o de continuar en él. Para esta última intervención su cambio es notorio, y su forma de expresarse ha mejorado significativamente.

- **Sesión 9:**

En este acercamiento con el adolescente se realiza el planteamiento de los test, posterior a recibir la intervención, es importante mencionar que no se hará los 10 test que se realizaron en un inicio, sino de los 6 que se tomó en cuenta sus resultados para plantear el plan terapéutico. El adolescente tuvo muy buena predisposición para contestar las baterías psicológicas, la sesión no nos toma mucho tiempo ya que para él fue más fácil responder los reactivos.

- **Sesión 10:**

La sesión número 10 fue después de 30 días de haber terminado la intervención con el adolescente, esto fue para el respectivo seguimiento, se conversa con el menor sobre como se ha sentido en ese tiempo, su relación con sus padres, el paciente refiere haber sentido deseos de consumir, debido a que sus compañeros lo realizan casi siempre, y es un reto para el alejarse, sin embargo menciona que aplica la técnica de sandwich con ellos, a pesar de eso hay un compañero que se alejó de él como resultado de no querer consumir con ellos. Es importante mencionar que este seguimiento se realiza en conjunto con psiquiatría, así como también el seguimiento farmacológico por el síndrome de abstinencia.

Capítulo tres

Resultados

3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Por petición del centro de adolescentes se realiza un proceso terapéutico con el paciente el cual constó de 10 sesiones, que busca reducir el consumo problemático de sustancias, mediante múltiples estrategias psicoterapéuticas.

Para ello, se realiza un plan de intervención en función de la problemática, características y entorno actual de vivencia del paciente, una vez revisado el plan, y aplicarlo se obtuvieron resultados óptimos y los esperados por parte del departamento de psicología, teniendo así al paciente en un estado de abstinencia y estabilidad emocional. La tabla puesta a continuación, se puede evidenciar los resultados cuantitativos del paciente, tomando en cuenta todos los test formulados en base a las necesidades del adolescente.

Es importante mencionar que en el test de ASSIST, el apartado de **sedantes o pastillas para dormir**, en el pretratamiento, la puntuación fue de 0, sin embargo, en el post tratamiento su puntuación es de 27, esto se debe al tratamiento farmacológico que lleva con el psiquiatra del encargado del hospital, al que fue derivado el adolescente, por lo tanto, el consumo de sedantes es bajo prescripción médica.

Tabla 4

Resultados Cuantitativos

Instrumentos	Pre - Tratamiento	Post - Tratamiento
	PUNTAJE	PUNTAJE
AAQ – II YUC	38	25
Ansiedad de Hamilton	26	6

Nota: Esta tabla contiene dos de los seis instrumentos utilizados para los resultados cuantitativos.

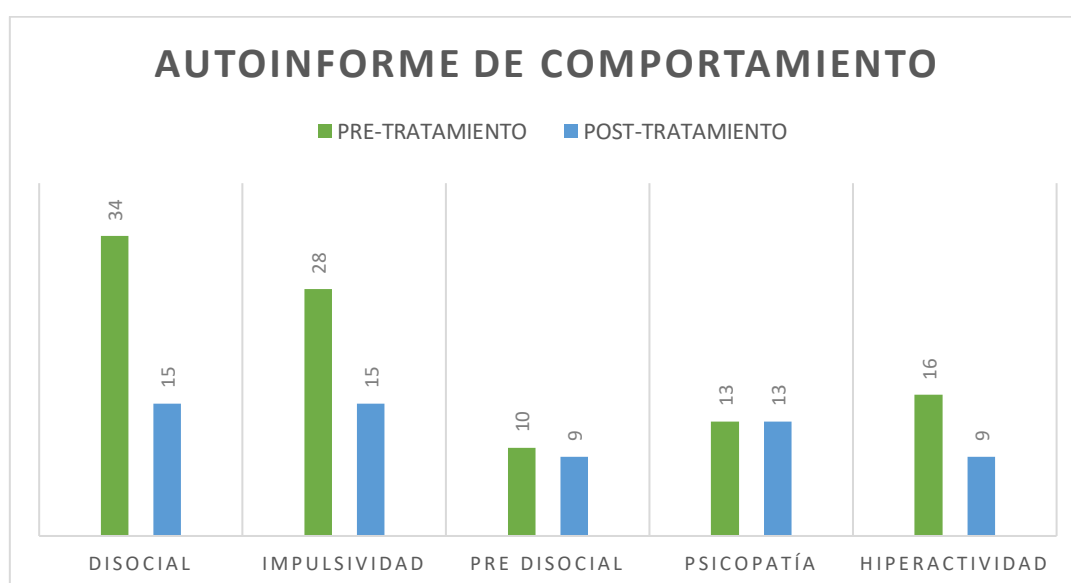
En el instrumento de YUC que mide inflexibilidad psicológica, existe un cambio significativo en el adolescente, empezando su tratamiento con un puntaje de 38, sin embargo,

posterior a la intervención psicológica su puntuación era de 25, siendo siete puntos de diferencia en el proceso, que permiten observar una mejora en él.

Por otra parte, en el instrumento de ansiedad de Hamilton, que mide la ansiedad en el adolescente, su puntaje inicial fue de 26, dentro de este test la mejora fue notoria ya que disminuye con 20 puntos, dejándolo al re-test – post tratamiento en 6 puntos. El adolescente luego de la intervención psicológica tuvo un cambio significativo.

Figura 2

Autoinforme de Comportamiento

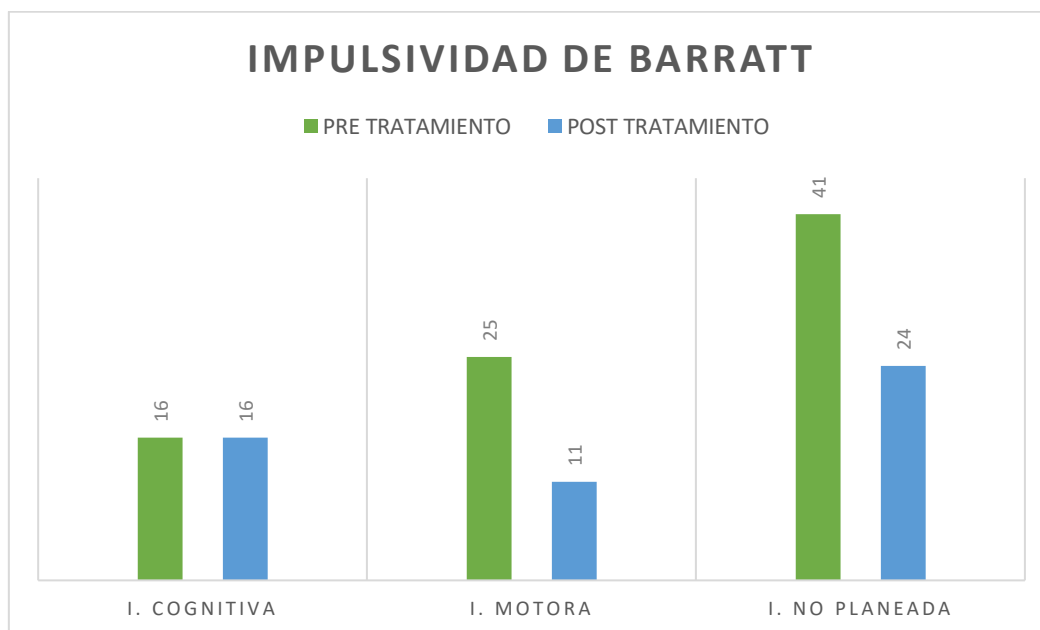


Para los resultados del autoinforme de comportamiento, que evalúa el comportamiento del adolescente en cinco dimensiones, la primera dimensión referente a lo disocial su puntaje inicial es de 34, teniendo su tratamiento psicológico su resultado fue de 15. Por otra parte, en la segunda dimensión de impulsividad siendo su puntaje inicial de 28, posterior al tratamiento en donde se trabajó de manera constante con este apartado, su resultado post tratamiento fue de 15. En la tercera dimensión que es pre disocial, su puntaje inicial fue de 10, mientras que su puntaje luego del tratamiento fue de 9, en este apartado no hay mucha diferencia de resultados debido a que él se ha criado en un ambiente de delincuencia, en las GDO su principal característica es ser una persona disocial. Sin embargo, en la penúltima dimensión que es la psicopatía, su puntaje inicial es de 13 manteniéndose

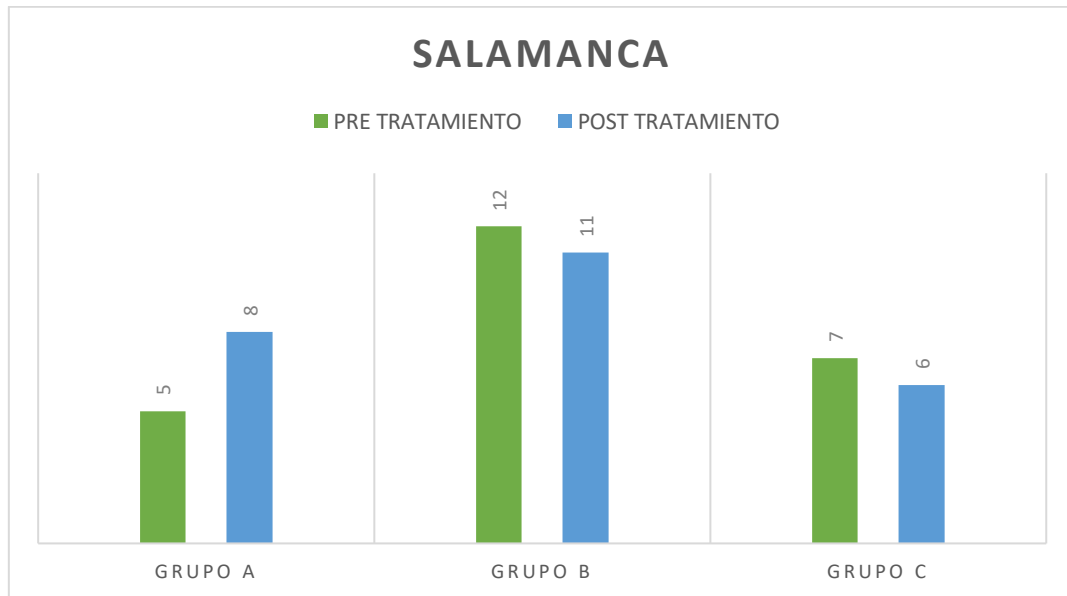
con este resultado hasta el post tratamiento, la causa es debido a lo mismo que ocurre con la dimensión anterior. Por último, la hiperactividad puntuaba en un inicio con 16, la puntuación obtenida en el re-test fue de 9, teniendo una mejora significativa en la mayoría de dimensiones de este instrumento psicológico.

Figura 3

Impulsividad de Barratt



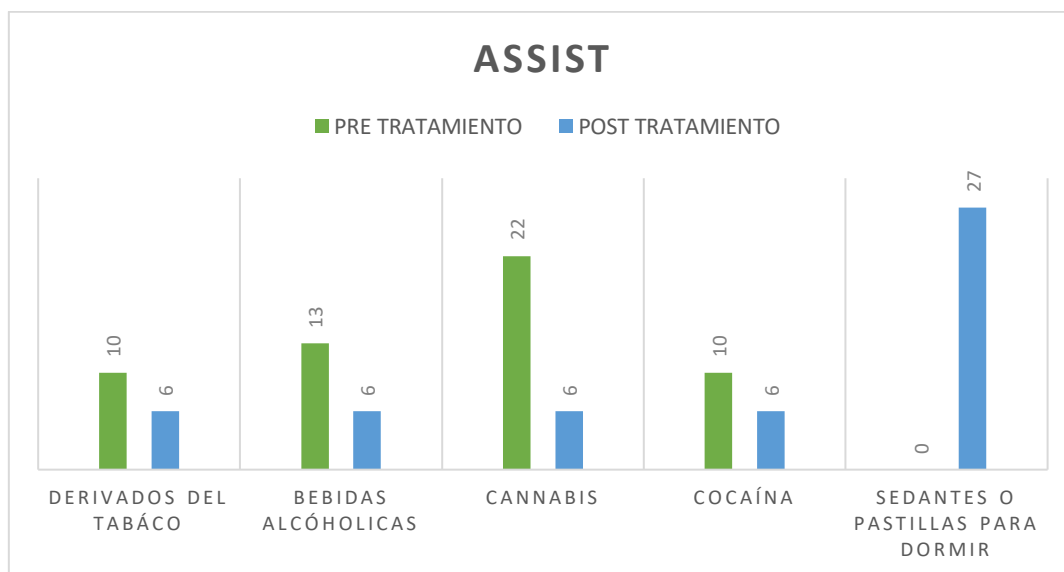
En esta batería psicológica de impulsividad se evalúan 3 dimensiones, en donde la primera hace referencia a la impulsividad cognitiva, mantiene un puntaje de 16 tanto para el pre como para el post tratamiento, tomando en consideración que la cognitiva se refiere a todo aquello que no se manifiesta ni de manera conductual, ni verbal, se queda en el plano mental. La segunda dimensión, refiere la impulsividad motora, iniciando el tratamiento con 25 puntos y viendo una mejora considerable. Para la tercera dimensión, la impulsividad no planeada, inicia el tratamiento con un puntaje de 41, mientras que después de la intervención su puntuación disminuyó satisfactoriamente a 24 puntos.

Figura 4*Test de Salamanca*

La batería psicológica de Salamanca que evalúa rasgos de personalidad nos muestran los siguientes resultados, en el grupo A donde hay 3 subdivisiones, paranoide, esquizoide y esquizotípico, el puntaje inicial fue de 5, por el contrario, el resultado post tratamiento es de 8; para el grupo B, en las subdivisiones están, histriónico, antisocial, narcisista, impulsividad y límite, la puntuación inicial fue de 12, mientras que el resultado post tratamiento fue de 11; para el grupo C, siendo el último, sus tres subdivisiones eran, anancástico, dependiente y ansioso, su primer resultado fue 7 y en el post tratamiento fue de 6.

Figura 5

ASSIST



Dentro del último instrumento, siendo el principal y más importante dentro de este estudio de caso, ASSIST, evalúa el consumo de sustancias, obtuvimos resultados favorables, para los derivados del tabaco, su puntaje inicial fue de 10, luego de haber recibido intervención su puntaje redujo a 6, consumo de alcohol, obtuvo 13, para el re test su puntaje disminuyó a 6, consumo de cannabis, en un inicio fue de 22, posterior a la intervención fue de 6, consumo de cocaína, puntuación inicial 10, para el re-test obtuvo 6, por último en sedantes o pastillas para dormir, su puntaje inicial fue 0, mientras que para el post tratamiento obtuvo 27, cabe mencionar que este puntaje se debe al tratamiento farmacológico que el adolescente recibe con psiquiatría.

Discusión

En el presente estudio de caso, se abordó a un adolescente de 17 años, privado de libertad, con un trastorno mental y del comportamiento por consumo de múltiples sustancias, con síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia, en medio protegido, perteneciendo a una GDO (Grupo Delincuencial Organizado), presentando conductas de abstinencia, carencia en la regulación de sus emociones teniendo como consecuencia problemas relacionados al ámbito social, familiar, laboral y sentimental.

Es por lo que se ejecutó un plan terapéutico, en donde se cumplieron con los objetivos de reducir el consumo problemático de sustancias, mediante múltiples estrategias psicoterapéuticas que mejoren a los factores de protección; fortalecer recursos personales y sociales que favorezcan el desarrollo de estilos de vida; reducir los niveles de ansiedad para que incremente el grado de autocontrol del adolescente.

Este proceso de intervención estuvo enmarcado en dos ramas, la primera la terapia cognitivo conductual, basado en estudios se considera que la TCC vuelve a dar un peso significativo al contexto que rodea a la persona, en este caso, un adolescente, para comprender la sintomatología (Pacheco, 2019). La TCC postula que las cogniciones serían las causas principales de los problemas emocionales y conductuales de las personas (Moreno, 2012). Por otra parte, se tomó en cuenta las técnicas de la tercera generación, que según un estudio, en la adolescencia existe exceso de conductas de evitación experiencial para mitigar el dolor a corto plazo, así también, con pensamientos fusión excesiva (Pacheco, 2019). Dentro de psicología clínica, esta terapia de la tercera generación, tienen un aporte significativo, resaltándose porque emergen como alternativas, diferentes evidencias clínicas y eficaces, en donde el terapeuta no tiene un control directo sobre el ambiente externo del paciente (Reichenbach et al., 2019). Se plantearon diferentes técnicas como: psicoeducación, entrevista motivacional, terapia cognitivo conductual, orientación conductual, habilidades de aceptación radical, técnica de clarificación de valores (ACT), habilidades sociales, dialogo socrático, reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de conflictos, proyecto de vida, enfoque de prevención de recaídas, Feedback. Estas diferentes técnicas brindaran al adolescente una mejor calidad de vida, tanto en lo personal, como también para el entorno en el que él desee desenvolverse. Tomando en cuenta que el adolescente pertenecía a una GDO, en varios estudios realizados hasta esta fecha, aparte de notarse que el consumo de sustancias y la actividad delictiva suelen estar asociados, también han permitido identificar el alto consumo de drogas por parte de adolescentes privados de libertad en comparación a la población en general (Miranda Manríquez, 2020).

Según un estudio realizado, la mayor parte de las personas, en este caso adolescente, con problemas jurídico-penales presentan problemas de dependencia a las sustancias, específicamente a los opiáceos, cannabis y cocaína (Universidad de Mainz, 2020).

Si bien es cierto, el diagnóstico definitivo del adolescente fue trastorno por consumo de múltiples sustancias, sin embargo, en la ejecución del plan de intervención se tomó en cuenta rasgos de personalidad, ya que un presunto diagnóstico fue trastorno límite de personalidad, pero por la edad del menor no podía ser diagnosticado con eso, ya que según el CIE-10 (OPS, 2000), se puede dar este diagnóstico a partir de los 18 años. Es por esto que se tomó en cuenta estos rasgos para trabajarlo con el adolescente, según un estudio la relación entre trastornos por abuso de sustancias y trastornos de personalidad es compleja (Da Silva et al., 2018).

Para este estudio de caso se utilizó algunos instrumentos de evaluación, entre ellos la escala de impulsividad de Barratt, que según un estudio las personas que eran consumidores de drogas presentaban mayor impulsividad que los que nunca habían consumido (Mangas López et al., 2018). En una investigación en adolescentes privados de libertad con problemas de consumo de sustancias, se utilizó como instrumento principal el ASSIST, mismo que fue utilizado para este estudio de caso, batería que permite explorar diversas sustancias como el alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, tranquilizantes, y opiáceos (Ramírez-Coronel et al., 2021), dentro de esta investigación se vio reflejado los resultados obtenidos en esta sistematización de caso.

Algunos de los límites identificados para el presente trabajo de titulación, fue la población, que en este caso son adolescentes infractores, lo cual lleva un trabajo exhaustivo, ya que delimita el contacto diario con el menor, por otra parte, el tiempo que se puede trabajar es restrictivo, los espacios que presta el centro son inadecuados, ciertas normas y reglas que cada centro tiene también son uno de los tantos factores límites, sin embargo, uno de los más importantes es el poco acceso a los medicamentos para los adolescentes.

Como planteamiento, para un próximo estudio de caso, propongo la opción de trabajar, en intervención en la familia, si esta se muestra disfuncional y en fomentar la protección de los adolescentes (Mampaso et al., 2014).

La presente sistematización tiene un aporte significativo para la clínica y la sociedad, de manera que se presenta la realidad de muchos de los adolescentes infractores, como es el ingreso a las GDO, siendo este el principal motivo por lo que deciden el consumo de sustancias. Los jóvenes pueden adoptar diversas conductas, estilos de vida con el fin de buscar su propia identidad. (Martínez, 2018).

Conclusiones

En este estudio de caso, se identificaron indicadores que sugieren un consumo problemático de múltiples sustancias, como cigarrillo, alcohol, cannabis y cocaína, además de rasgos de personalidad y ansiedad moderada en el adolescente evaluado.

Mediante el uso del CIE 10, se logró establecer un diagnóstico definitivo. Los tres objetivos establecidos para el tratamiento, que incluyen la reducción del consumo de sustancias, la provisión de estrategias de afrontamiento y la reducción de la ansiedad, se lograron cumplir satisfactoriamente.

La combinación de terapia cognitivo-conductual y terapia de tercera generación desempeño un papel positivo en el proceso terapéutico. Donde se implementaron enfoques lúdicos y actividades didácticas en todas las sesiones, adaptando incluso las tareas enviadas.

Estos resultados respaldan la eficacia de la intervención psicológica en el abordaje del consumo problemático de sustancias y ansiedad en adolescentes, siendo así, que el trabajo realizado con el adolescente fue un avance notorio para él y en relación con sus relaciones exteriores, tanto en la familia como en el ámbito psicosocial.

Recomendaciones

Una vez finalizado el proceso, recomiendo que:

Para el proceso de evaluación los instrumentos utilizados no deben ser tan largos, ni complejos, tomando en cuenta el medio en el que se encuentra el adolescente, que es centro de internamiento, el tiempo estipulado para trabajar con ellos es reducido debido al proceso que cumplen dentro.

Por otra parte, se recomienda que las intervenciones no pasen de 8 días, esto ya que, como es de conocimiento, dentro de las cárceles el abuso de sustancias permanece latente, si las intervenciones se las realiza con más tiempo, el adolescente puede alterar el trabajo realizado con él.

Finalmente, para obtener mejores resultados en el adolescente, es recomendable, que la familiar sea parte del proceso de intervención, siendo la principal red de apoyo para él, y si existe disfuncionalidad familiar, esto mejore siempre en bien del adolescente.

Referencias

- Angelo Hernández, O. (2003). Proyecto De Vida Y Desarrollo Integral Humano. *Revista Internacional Crecemos*, 1(Año 6), 31. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/07D050.pdf>
- Barao., J.A.Shibli, M.Bertolini, y J.G.S.Souza. (2022). Terapias con Adolescentes Consumidores Privados de Libertad. *Braz Dent J*, 33(1), 1-12.
- Borrego Ruiz, A. (2015). *Motivación extrínseca e intrínseca en el consumo de drogas*. 32.
- Bruner Emiliano, y Valladares Fernando. (2021). *Aceptación y compromiso para el cambio (climático)* . <https://www.valladares.info/aceptacion-y-compromiso-para-el-cambio-climatico/>
- Cañas Lucendo, M., y Veloz Merizalde, M. (2020). Rasgos de personalidad y tipos de atención en estudiantes a choferes profesionales. *Universidad Nacional de Chimborazo*. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7170>
- Carrera, L. (2018). *Universidad central del Ecuador facultad de ciencias de la discapacidad, atencion carrera de terapia ocupacional Aplicación del Método LOCI en pacientes con deterioro cognitivo leve hombres y mujeres adultos de entre 40 a 65 años para comprobar eficacia*.
- Cedeño, L. (2014). "Niveles de ansiedad psíquica y somática presentes en los miembros del Servicio Aeropolicial (SAP) de Quito, cuando son requeridos a intervenir en eventos que impliquen riesgo para su integridad." 12(2007), 703-712.
- Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C., y Rincón, C. J. (2018). Mental health and use of psychoactive substances in colombian adolescents. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 18(1), 97-106. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.363>
- Da Silva, F., Pérez García, C., Costa Ball, D., Scafarelli, L., y Del Arca, D. (2018). Trastornos De Personalidad En Consumidores De Drogas: Datos Preliminares. *Ciencias Psicológicas*, 2, 119-130. <https://doi.org/10.22235/cp.v0i2.644>

- Díaz, M. Rangel, D. (2021). *Artículo de investigación Función de la impulsividad en el trastorno por consumo de sustancias*. 0-3. <https://doi.org/10.21500/19002386.5390>. Resumen
- Durán Parra, Y., Guerrero Santiesteban, K., y Cárdenas, S. (2017). Validación del Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II) en una muestra universitaria de Bogotá, Colombia. *instname:Universidad Santo Tomás*, 50. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3389/Duranyesica2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://repository.usta.edu.co/handle/11634/3389>
- Esteves Villanueva, A. R., Paredes Mamani, R. P., Calcina Condori, C. R., y Yapuchura Saico, C. R. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 11(1), 16-27. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
- Erazo Santander, O. A. (2019). Consumo de drogas en adolescentes. Una reflexión conceptual. *Cultura Educación Y Sociedad*, 10(1), 53-66. <https://doi.org/10.17981/cultedusoc.10.1.2019.04>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológico conceptos, métodos y estudio de casos* (E. Pirámide (Ed.)).
- Guanabara, E., Ltda, K., Guanabara, E., y Ltda, K. (2020). *Enfoque de Prevención de Recaídas*.
- Iglesias Goya, L. (2020). EMDR como coadyuvante en el tratamiento del TOC. *Re-UNIR*, 2, 1-77. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/9947>
- Jiménez Segura, F. (2015). Uso del Feedback como Estrategia de Evaluación: Aportes Desde un Enfoque Socioconstructivista. *Actualidades Investigativas en Educación*, 15(1), 1-24.
- Loinaz, I. (2022). *Congreso Internacional Psicología Jurídica y Forense*.
- Lussier, M. T., y Richard, C. (2007). The motivational interview. *Canadian Family Physician*, 53(11), 1895-1896. <https://doi.org/10.23938/assn.0423>
- Mampaso, J., Pérez, F., Corbí, B., González, M. P., y Bernabé, B. (2014). Factores de riesgo y de protección en menores infractores. Análisis y prospectiva. *Psicología latina*, 5(1),

11-20.

Mangas López, V., Molinuevo Alonso, B., y Barcelona., U. A. de. (2018). *Relación entre la personalidad y el consumo problemático de cannabis en población universitaria.*

Martínez, I. M. (2018). El consumo de drogas en jóvenes con problemas de conducta: delincuencia y conflictos judiciales. *Cultura y Droga*, 24(27), 135-156.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2019.24.27.7>

Mejicanos, D. (2019). Reestructuración cognitiva y control de ira. *Hilos Tensados*, 1.

Mendoza Fernández, I. M. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual Actualidad, Tecnología.*

Miranda Manríquez, C. (2020). Salud Mental Y Tratamiento De Drogas En Adolescentes infractores Privados De Libertad En Cip-Crc Entre El Periodo 2007-2018. *Universidad de Chile Facultad de Derecho*, 11190355, 1-53.
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/179828/Salud-mental-y-tratamiento-de-drogas-en-adolescentes-infractores-privados-de-libertad-en-CIP-CRC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moreno, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales De Tercera Generación. *Instituto de la Familia Guatemala*, 12(1), 1-18.

Muñiz México González Macip, F., Martínez, D., León, O., Núñez, G., y de Jesús, J. (2000). Redalyc.Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222304>

Novás, J. D., Machado, B. G., y González, A. L. (2006). El diagnóstico médico: Bases y procedimientos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1).

OMS. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).
En *Oms*.

OPS. (2000). *Clasificación de Internacional de Enfermedades.*

OPS. (2011). *Estrategias de aotuyuda.*

- Pacheco, L. (2019). *Facultad de ciencias humanas Autor: Javier López Pacheco*. 1-33.
- Ramírez-Coronel, A., Campoverde-Pesantez, X., Reivan-Ortiz, G., y Sallo-Guamán, J. (2021). Rasgos de personalidad y consumo de sustancias psicoactivas en personas privadas de libertad. *Journal of American Health*, 2697-3421. <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/72/155>
- Reichenbach, A., Bringmann, A., Reader, E. E., Pournaras, C. J., Rungger-Brändle, E., Riva, C. E., Hardarson, S. H., Stefansson, E., Yard, W. N., Newman, E. A., y Holmes, D. (2019). Terapias de Tercera Generacion. *Progress in Retinal and Eye Research*, 561(3), S2-S3.
- Ríos Martínez, K. M. (2019). La entrevista semi-estructurada y las fallas en la estructura. La revisión del método desde una psicología crítica y como una crítica a la psicología. *Caleidoscopio - Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades*, 41, 65-91. <https://doi.org/10.33064/41crscsh1203>
- Rivera I, B. M., Corrales R, A. E., Cáceres R, Ó., & Pina L, J. A. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia psicológica*, 25(2). <https://doi.org/10.4067/s0718-48082007000200004>
- Rodríguez Durán, C. A., Echeverría, L., Martínez, K. I., y Morales-Chainé, S. (2017). Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(1), 16-27. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.1.03>
- Salvo, L., y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254.
- Suarez, L. Y. T. (2015). *Consumo de Sustancias en America*. 1, 1-27.
- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., de la Fuente-Martín, A., y Gómez-Martínez, R. (2018). Substance use in adolescents: Considerations for medical practice. *Medicina Interna de Mexico*, 34(2), 264-277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
- Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista Científico - Sanitaria SANUM*, 4(3), 36-45. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

- Universidad de Mainz, A. (2020). Facultad de ciencias jurídicas y económicas. *Revista de Derecho*, 0(6), 1-52.
- Urturi, A. F. (2003). Evaluacion Del Programa De Prevencion De Drogas Barbacana. *Health and Addictions*, 125-134. <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/151/147>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 79(2), 108. <https://doi.org/10.20453/mp.v79i2.2834>
- Vega-Cauich, J. I., y Zumárraga-García, F. M. (2019). Variables Asociadas al Inicio y Consumo Actual de Sustancias en Adolescentes en Conflicto con la Ley. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29(1), 21-29. <https://doi.org/10.5093/apj2018a13>
- Vinet, E., y Alarcón, P. (2003). El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos. En *Psykhé* (Vol. 12, Número 1, pp. 39-55). <http://www.revistahistoria.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/20341/16815>
- Washington, D. (2003). *Aceptación radical*.