



MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

MÓDULO DE PROYECTO MPS

DEBER SEMANA 10

TEMA:

Informe Final

ELABORADO POR:

- **CARLOS BOADA ORTIZ**

DOCENTE:

MSc. Wagner Villacís

18 – Julio – 2024

INFORME FINAL

SÍNTESIS DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN ELEGIDO, RELACIONADO CON UNA PROBLEMÁTICA DE SALUD MENTAL CONTEMPORÁNEA

Tema de investigación: Caso de hospitalización por dependencia a sustancias psicoactivas en un Hospital Psiquiátrico de Quito: Intervención cognitivo-conductual y etapas de cambio.

La dependencia a sustancias psicoactivas es un gran problema de salud pública mundial y local, afectando a los individuos que la padecen, a sus familias y a la sociedad.

En el contexto ecuatoriano, la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas ha mostrado un aumento preocupante, lo que subraya la necesidad de intervenciones efectivas en el tratamiento de la adicción (Organización Mundial de la Salud, 2019).

De acuerdo con informes del Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes, el consumo de alcohol y tabaco, prevalecen sobre el consumo de otras drogas como la marihuana, cocaína y éxtasis. En 2007, el 60.7% de la población realizó su primer consumo de alcohol entre los 15 y 19 años (CONSEP, 2007). Un estudio de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la OEA en 2010 reveló que el número de casos atendidos en establecimientos especializados por problemas asociados al abuso de drogas incrementó de 996 en el año 2006 a 3,552 en 2007 (CICAD, 2010).

Cabe mencionar que la problemática del consumo de drogas en Ecuador es la más elevada en relación con otros seis países de la región. (Loor Briones, Hidalgo Hidalgo, Macías Alvarado, García Noy, & Scrich Vázquez, 2018)

CASO DE ESTUDIO

MOTIVO DE CONSULTA: Hospitalización por consumo problemático de sustancias psicoactivas

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES, INTERPERSONALES Y AMBIENTALES, PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DEL CONSULTANTE:

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

- Edad: 17 años.
- Lugar de nacimiento y residencia: Quito.
- Estado civil: Soltero.
- Ocupación: Estudiante (cursa segundo de bachillerato).
- Lateralidad: Diestra.
- Pasta base de cocaína e inhalantes: Consumo problemático y compulsivo.
- Patrón de consumo: Diario y compulsivo.
- Intento autolítico (actualmente hospitalizado).

CARACTERÍSTICAS INTERPERSONALES

FAMILIA:

- Padres separados hace 6 años.
- Antecedentes de violencia física y psicológica por parte del padre hacia la madre e hijos.
- Conflictos entre los padres, separación por infidelidad de la madre.

- Madre vive con el hermano mayor en el primer piso; consultante vive con el padre en el segundo piso.
- Dos hermanos: hermana mayor de 27 años y hermano mayor de 26 años.
- Relación intermitente con padre, madre y hermana; vive con el padre desde hace 3 años.
- Falta de contacto con la madre por motivos laborales.
- Roles invertidos: hermana cumple función de supervisar al consultante.
- Padre no comparte tiempo en casa por motivos laborales; disputa legal con la madre por pensión alimenticia.

PAREJA:

- Relación de pareja desde hace 3 años.
- Consumo de sustancias junto a la pareja.
- Pareja vivió con el consultante hasta hace 4 meses.
- Pareja se fue de la casa 4 días antes del intento autolítico tras una discusión.

CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

VIVIENDA:

- Padre y madre viven en la misma estructura física, pero en pisos diferentes.
- Consultante vive en el segundo piso con su padre.

SUPERVISIÓN Y CRIANZA:

- Falta de supervisión parental.
- Crianza punitiva por parte del padre.



- Dificultad en el establecimiento de reglas en el hogar.
- Hermana mayor asume roles de supervisión.

ANTECEDENTES

FAMILIARES:

- Violencia física y psicológica por parte del padre hacia la madre y los hijos.
- Separación de los padres debido a infidelidad de la madre.
- Conflictos familiares previos y posteriores a la separación, los cuales afectaron al consultante.
- Disputa legal entre los padres por pensión alimenticia.

PERSONALES:

- Intento autolítico mientras estaba bajo los efectos del alcohol (actualmente hospitalizado).
- Inicio del consumo de alcohol a los 12 años y de otras sustancias a lo largo de su adolescencia.
- Tratamiento psiquiátrico desde los 14 años por intento autolítico y consumo de drogas.
- Reciente ruptura temporal con su pareja, que había estado viviendo con él.
- Consumo de alcohol: Desde los 12 años.
- Consumo de pasta base de cocaína: Desde los 14 años.
- Consumo de cemento de contacto: Desde los 15 años.

EVALUACIÓN FINAL

Se implementa evaluación psicológica inicial a través de reactivos psicométricos obteniendo los siguientes resultados:

- Escala de Ansiedad de Hamilton: 23 puntos: Ansiedad moderada
- Cuestionario de Depresión Infantil: 23 puntos: Depresión leve
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik: 13 puntos: Riesgo significativo
- ASSIST: Riesgo alto en: Alcohol, inhalantes, sedantes. Riesgo moderado en: tabaco, cannabis, cocaína y alucinógenos
- AUDIT (Alcohol): 33 puntos: Riesgo alto
- URICA: Etapa de cambio: Contemplación

Al finalizar las intervenciones planificadas se implementa una nueva evaluación psicológica a través del reactivo URICA obteniendo el siguiente resultado: Etapa de cambio: Acción y Mantenimiento

FORMULACIÓN DEL CASO O HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

En cuanto al origen y mantenimiento del problema, integrando la información recabada se evidencia una influencia importante de la dinámica familiar actual, el distanciamiento afectivo con sus padres, antecedentes de violencia física y psicológica, separación de sus padres, presencia de roles invertidos en la dinámica familiar actual y redes de apoyo inadecuadas al mantener una relación afectiva con una persona consumidora. Además de estar en constante contacto con factores desencadenantes y disparadores internos de consumo los cuales se manifiestan a través de representaciones a nivel cognitivo y emocional como pensamientos y

dificultad en el manejo de emociones conflictivas como enojo, aburrimiento, decepción y culpa. En cuanto a sus disparadores y desencadenantes externos se considera principalmente a factores ambientales y la presencia de lugares y personas con las cuales el consultante solía consumir.

A continuación, se presenta la hipótesis diagnóstica tomando en consideración los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (1992):

Diagnóstico presuntivo:

CIE 10: F192 – Trastornos mentales y de comportamiento por el uso de múltiples drogas y uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia.

Se establece el diagnóstico mencionado por cuanto la sintomatología actual y el patrón de consumo identificado en el consultante concuerda con los criterios diagnósticos para la entidad nosológica mencionada, se identifica la presencia de síndrome de dependencia por cuanto han existido intentos fallidos de abandonar el consumo, tolerancia, al requerir consumir cada vez mayor cantidad de sustancias para sentir el mismo efecto, cuadros fisiológicos de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia y afectación significativa en los distintos ámbitos cotidianos del consultante.

Diagnósticos diferenciales:

CIE 10: F193 – Trastornos mentales y de comportamiento por el uso de múltiples drogas y uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de abstinencia.

Se implementa la entidad nosológica mencionada como diagnóstico diferencial, se considera que, a pesar de que el consultante presenta síndrome de abstinencia, dicha entidad se manifiesta de manera temporal y se encuentra anclada al diagnóstico principal de síndrome de dependencia, por lo tanto, la subclasificación “síndrome de abstinencia” es un diagnóstico diferencial, más no un definitivo.

CIE 10: Z722 – Problemas por consumo de drogas

Esta entidad nosológica corresponde a una clasificación que representa a problemáticas no patológicas relacionadas con el consumo de drogas, por lo tanto, no es suficiente para poder abarcar la naturaleza sindrómica que presenta el consultante debido a la complejidad que presenta el caso.

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Mantener la abstinencia al consumo de sustancias psicoactivas.
- Propiciar el avance hacia etapas de cambio funcionales y que fomenten la abstinencia al consumo de sustancias psicoactivas.
- Estabilizar el estado de ánimo y promover un bienestar emocional duradero.

APLICACIÓN DE MODELOS TERAPÉUTICOS CONTEMPORÁNEOS

JUSTIFICACION DE LA ELECCION DEL MODELO TERAPÉUTICO

El enfoque terapéutico cognitivo-conductual ha demostrado ser una de las intervenciones más eficaces en el tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas, la cual se basa en el principio de que los pensamientos, sentimientos y comportamientos están interconectados, y que

la modificación de patrones cognitivos y conductuales puede llevar a cambios significativos y duraderos en el comportamiento adictivo (Beck, 2011).

Este enfoque ayuda a los consultantes a identificar y desafiar pensamientos disfuncionales relacionados con el consumo de sustancias y a desarrollar habilidades de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo y prevenir recaídas.

De igual manera, el modelo transteórico de cambio, propuesto por Prochaska y DiClemente, es una teoría ampliamente aceptada que describe el proceso de cambio en el comportamiento adictivo a través de cinco estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Prochaska & DiClemente, 1984). Comprender en qué etapa de cambio se encuentra un consultante es crucial para adaptar las intervenciones terapéuticas de manera efectiva.

Por lo tanto, la integración de la terapia cognitivo conductual con el modelo de etapas de cambio da un enfoque comprensivo y personalizado para tratar la dependencia a sustancias. La terapia puede ajustarse para abordar las necesidades específicas de los consultantes en cada etapa de cambio, mejorando la motivación, el compromiso con el tratamiento y la probabilidad de éxito a largo plazo (DiClemente, 2003).

En un entorno de hospitalización, la implementación de un programa de intervención que combine el enfoque cognitivo conductual y las etapas de cambio tiene el potencial de optimizar los resultados terapéuticos. Los consultantes hospitalizados por dependencia a sustancias suelen presentar una alta gravedad de adicción y posibles comorbilidades psiquiátricas, lo que hace esencial un enfoque terapéutico robusto y adaptativo (Marlatt & Donovan, 2005).

La investigación sobre la efectividad de la intervención del enfoque cognitivo-conductual en combinación con las etapas de cambio en un entorno hospitalario puede tener implicaciones prácticas significativas, puesto que los resultados podrían guiar a los profesionales de salud mental en el diseño de programas de tratamiento más eficaces, aumentar la tasa de recuperación y prevenir las recaídas, mejorando la calidad de vida de los usuarios y aliviando la carga sobre los servicios de salud mental.

DESCRIPCIÓN DE COMO SE APLICA EL MODELO PARA CONSTRUIR LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

La construcción de objetivos terapéuticos para el consultante se fundamenta en la integración del enfoque cognitivo-conductual y el modelo transteórico del cambio, lo cual permite un abordaje personalizado y efectivo, adaptando las necesidades del consultante en cada etapa del proceso de recuperación. A continuación, se detalla como se aplica el modelo para establecer los objetivos terapéuticos:

EVALUACIÓN INICIAL Y ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO

Evaluación y Diagnóstico:

- **Evaluación Psicológica:** Se realiza una evaluación psicológica integral utilizando instrumentos psicométricos como la Escala de Ansiedad de Hamilton, el Cuestionario de Depresión Infantil, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, el ASSIST, el AUDIT y la URICA. Estos resultados proporcionan un perfil detallado del estado emocional y el nivel de dependencia del consultante.

- Formulación de la Hipótesis Diagnóstica: Integrando la información obtenida, se formula una hipótesis diagnóstica que considera los criterios de la CIE-10. En este caso, se diagnostica al consultante con "Trastornos mentales y de comportamiento por el uso de múltiples drogas y uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia" (CIE-10: F192).

ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Definición de los Objetivos Terapéuticos:

- Mantener la abstinencia al consumo de sustancias psicoactivas: Este objetivo se enfoca en eliminar el consumo de sustancias y prevenir recaídas mediante estrategias de afrontamiento y habilidades para el manejo de situaciones de riesgo.
- Propiciar el avance hacia etapas de cambio funcionales: Utilizando el modelo transteórico de cambio, se busca motivar al consultante para que progrese desde la etapa de contemplación hacia la preparación, acción y mantenimiento, fomentando comportamientos saludables y la abstinencia a largo plazo.
- Estabilizar el estado de ánimo y promover un bienestar emocional duradero: A través de la terapia cognitivo-conductual, se trabajan los pensamientos disfuncionales y se desarrollan habilidades emocionales que contribuyan a un estado emocional estable y positivo.

IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):

- Identificación y Modificación de Pensamientos Disfuncionales: Se enseña al consultante a identificar y desafiar los pensamientos negativos relacionados con el consumo de

sustancias. Esto incluye trabajar en creencias irracionales y distorsiones cognitivas que contribuyen al uso de drogas.

- **Desarrollo de Habilidades de Afrontamiento:** Se entrenan habilidades específicas para manejar situaciones de alto riesgo, como el manejo del estrés, la resolución de problemas y técnicas de relajación. Estas habilidades son esenciales para prevenir recaídas y mantener la abstinencia.
- **Planificación de Actividades y Establecimiento de Metas:** Se ayuda al consultante a establecer metas a corto y largo plazo que sean realistas y alcanzables. Esto incluye planificar actividades gratificantes y saludables que reemplacen el consumo de sustancias.

INTEGRACIÓN DEL MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO

Adaptación a las Etapas de Cambio:

- **Contemplación:** En esta etapa, se trabaja en aumentar la conciencia del consultante sobre las consecuencias negativas del consumo y la necesidad de cambio. Se utilizan técnicas motivacionales para fomentar el deseo de avanzar hacia la preparación.
- **Preparación:** Se ayuda al consultante a desarrollar un plan de acción detallado para el cambio, identificando recursos y apoyo necesario. Esto puede incluir la planificación de estrategias específicas para enfrentar desencadenantes y situaciones de riesgo.
- **Acción y Mantenimiento:** Se implementan las estrategias desarrolladas en la etapa de preparación, con un seguimiento continuo para asegurar la adherencia al plan de tratamiento. Se refuerzan los logros y se ajustan las intervenciones según sea necesario para mantener el progreso y prevenir recaídas.

EVALUACIÓN Y AJUSTE DE OBJETIVOS

- **Seguimiento Regular:** Se realiza un seguimiento regular del progreso del consultante, ajustando los objetivos terapéuticos según los cambios en su situación y necesidades. Esto incluye evaluar la efectividad de las intervenciones y realizar modificaciones cuando sea necesario.
- **Retroalimentación y Reforzamiento Positivo:** Se proporciona retroalimentación continua al consultante, destacando sus logros y reforzando comportamientos positivos. Esto ayuda a mantener la motivación y el compromiso con el tratamiento.

La aplicación integrada de la terapia cognitivo-conductual y el modelo transteórico de cambio permite una intervención dinámica y adaptable, centrada en las necesidades individuales del consultante, y facilita la construcción de objetivos terapéuticos alcanzables que promueven una recuperación sostenida.

PLANTEAMIENTO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICAS

El siguiente esquema es elaborado tomando en consideración la utilización del método SOAP para el llenado de información de registro clínico de cada sesión. Este método permite la sistematización de los datos a través de una transcripción escrita, resumida y objetiva, evitando detalles superfluos de cada sesión, lo cual facilita la descripción y el seguimiento (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011). Está compuesto por cuatro elementos:

- **Subjetivo:** En este elemento se registra los datos recogidos durante la entrevista tomando en consideración las verbalizaciones del consultante y las impresiones subjetivas del profesional.

- **Objetivo:** En este apartado se registran hallazgos objetivos y observables por parte del profesional, se toma en cuenta principalmente estudios diagnósticos y de evaluación de estado mental
- **Análisis:** Integra los apartados anteriores identificando el o los problemas, su magnitud y la evolución de los mismos, tomando en cuenta el juicio clínico del profesional.
- **Plan:** Se detallan las actividades que se realizaron durante la sesión a manera de intervención técnica además de identificar posibles vías de acción terapéutica en las sesiones subsecuentes.

A continuación, se redacta el esquema del proceso terapéutico el cual está basado en las técnicas terapéuticas del modelo cognitivo conductual tomadas de García, Fernández y Villalobos (2017), Cayoun (2014), Miller y Rollnick (2015).

Sesión	<u>S</u>ubjetivo	<u>O</u>bjetivo	<u>A</u>nálisis	<u>P</u>lan
1	Consultante refiere que al momento mantiene sensación de intranquilidad y angustia tras haber sido hospitalizado en esta casa de salud. Manifiesta que el motivo de hospitalización es por consumo problemático y compulsivo de sustancias psicoactivas, refiere que sus principales sustancias de consumo son: alcohol, pasta base de cocaína e inhalación de cemento de contacto. En cuanto a la edad de inicio refiere que es a los 12 años con alcohol y a los 16 años con pasta base de cocaína y cemento de contacto. Actualmente vive con su padre, en el mismo edificio vive su madre junto a su hermana mayor, comenta que la relación con sus padres se caracteriza por la distancia emocional y la ausencia de acuerdos de convivencia y límites de parte de ellos. Su hermana mayor ha tomado el rol parental. Relata sobre	Consultante se muestra colaborador durante la sesión, orientado en las tres esferas, lenguaje, tono de voz neutro, discurso coherente, estado de ánimo con tendencia a hipotimia, no se evidencia alteración en sensopercepción. Evidencia signos de inquietud motora.	Consultante se encuentra en etapa de acoplamiento a la hospitalización, mantiene parcial conciencia de enfermedad.	Se brinda escucha activa, se implementa relación terapéutica enfatizando en elementos de confidencialidad y rapport, se realiza encuadre y se aplica entrevista clínica semiestructurada. A manera de psicoeducación se informa al consultante sobre la naturaleza de la adicción y los efectos del consumo de sustancias, propiciando que pueda tener de su sintomatología actual. Se brinda orientación

	<p>varias consecuencias negativas que ha conllevado el consumo entre las cuales se identifica: violencia urbana, problemas en su salud física, presencia de tolerancia, síndrome de abstinencia, tendencia a la impulsividad, estados emocionales adversos, deterioro en sus relaciones sociales y familiares e intentos autolíticos. Al momento el consultante refiere tener deseos de consumir y fugarse del Instituto.</p>			<p>sobre las particularidades del tratamiento y su enfoque: cognitivo conductual y modelo transteórico del cambio. Consultante se muestra receptivo a la intervención, indica comprensión de lo trabajado durante la sesión. Con el objetivo de reducir su nivel de ansiedad referido se aplica técnica de respiración diafragmática.</p>
2	<p>Consultante refiere que al momento mantiene el mismo nivel de ansiedad que presentó en la última sesión, comenta que ha logrado identificar dicha sensación como parte de la etapa de abstinencia. Refiere que aún mantiene ideas de fugarse del Instituto, las cuales también incluye como parte de su sintomatología de abstinencia. Refiere tener mayor conciencia del impacto negativo que ha tenido el consumo en los distintos aspectos de su vida cotidiana. Comenta que durante su estancia en la unidad de hospitalización Infante juvenil varones ha recibido aislamiento ambiental en una ocasión debido a los síntomas de abstinencia. Siente mayor integración con sus compañeros y con el personal de enfermería. En cuanto a sus patrones y desencadenantes de consumo, el consultante manifiesta que solía consumir diariamente y de manera compulsiva, principalmente en momentos en los que siente emociones desagradables como tristeza e ira. Consume en solitario y en mayor medida en su habitación. De igual manera como parte de sus desencadenantes se encuentra la influencia de recuerdos dolorosos sobre vivencias de violencia física y psicológica</p>	<p>Consultante se muestra colaborador durante la sesión, orientado en las tres esferas, lenguaje, tono de voz neutro, discurso coherente, estado de ánimo con tendencia a hipotimia, no se evidencia alteración en sensopercepción. Evidencia signos de inquietud motora.</p>	<p>Consultante evidencia sintomatología de síndrome de abstinencia, presenta mayor conciencia de enfermedad.</p>	<p>Se brinda escucha activa, durante la sesión se implementan reactivos psicométricos, se implementa entrevista motivacional enfocada en la identificación de consecuencias negativas del consumo y beneficios de realizar un cambio de conducta, se evidencia que el consultante presenta mayor conciencia del problema y predisposición al cambio ante lo cual se muestra receptivo a la intervención. Posteriormente se establecen objetivos terapéuticos en conjunto con el consultante.</p>

<p>3</p>	<p>El consultante refiere que ha estado experimentando pensamientos negativos recurrentes sobre su capacidad para mantenerse sobrio, así como sentimientos de desesperanza sobre su futuro. Manifiesta que estos pensamientos suelen aparecer cuando se encuentra solo o enfrenta situaciones estresantes. Comenta que un desencadenante específico es pensar en conflictos familiares no resueltos, lo cual le genera angustia. Además, menciona que ha tenido sueños relacionados con el consumo, lo cual le preocupa y aumenta su ansiedad. Durante su estancia en la Unidad refiere que ha mantenido dificultades en la relación con sus compañeros.</p>	<p>Consultante se muestra colaborador durante la sesión, orientado en las tres esferas, lenguaje, tono de voz neutro, discurso coherente, estado de ánimo con tendencia a hipotimia, no se evidencia alteración en sensopercepción. Evidencia signos de inquietud motora.</p>	<p>El consultante presenta pensamientos automáticos negativos que contribuyen a su malestar emocional y riesgo de recaída. La identificación y modificación de estos pensamientos es crucial para su progreso en el tratamiento. La ansiedad y los pensamientos disfuncionales parecen ser desencadenantes significativos para su deseo de consumir.</p>	<p>Se brinda escucha activa, Se introduce el registro de pensamientos automáticos para que el consultante identifique y registre sus pensamientos negativos cuando surjan. Durante la sesión, se realiza un ejercicio práctico donde el consultante identifica un pensamiento negativo reciente, analiza su veracidad y genera una respuesta alternativa más realista y positiva. Se utiliza la técnica del debate socrático para desafiar las creencias disfuncionales del consultante, ayudándole a ver las inconsistencias y desarrollar una perspectiva más equilibrada. Se asigna como tarea el registro de pensamientos automáticos en situaciones cotidianas, con un enfoque en desafiar y modificar pensamientos negativos.</p>
<p>4</p>	<p>El consultante refiere que ha tenido dificultades para manejar el estrés durante la semana y ha notado un aumento en su deseo de consumir. Menciona que las situaciones estresantes en la unidad de hospitalización y los recuerdos de experiencias traumáticas han sido particularmente difíciles de manejar. Además, comenta que siente una gran presión por el futuro, especialmente sobre cómo manejará su vida después de salir del hospital</p>	<p>Consultante se muestra colaborador durante la sesión, orientado en las tres esferas, lenguaje, tono de voz neutro, discurso coherente, estado de ánimo con tendencia a hipotimia, no se evidencia</p>	<p>El estrés y los recuerdos traumáticos son desencadenantes significativos para el deseo de consumir. Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas es esencial para reducir el riesgo</p>	<p>Se revisa la tarea de la sesión anterior, analizando y reforzando lo trabajado por el consultante, se evidencia la tendencia a mantener pensamientos catastróficos sobre diversas temáticas.</p> <p>Se discute sobre las situaciones específicas que generan estrés y el</p>

		alteración en sensopercepción. Evidencia signos de inquietud motora.	de recaída y mejorar el bienestar emocional del consultante.	deseo de consumir, ayudando al consultante a identificar estos desencadenantes a través de ejercicios de autoobservación y análisis de su patrón de consumo. Se introduce la técnica de relajación muscular progresiva y se practica en la sesión, enseñando al consultante a tensar y relajar grupos musculares específicos para reducir la tensión física. También se enseña la técnica de respiración diafragmática para calmarse rápidamente en momentos de estrés. Se aborda la técnica de resolución de problemas, explicando los pasos y practicando con los problemas que el consultante ha mantenido con sus compañeros.
5	El consultante refiere sentirse nervioso acerca de enfrentar los desencadenantes de consumo, pero muestra disposición para intentarlo. Menciona que ha tenido sueños relacionados con el consumo, lo cual le preocupa y le genera ansiedad. Expresa temor a recaer y duda de su capacidad para manejar las situaciones de alto riesgo sin consumir. Por otro lado, refiere que extraña a su hermana y a sus sobrinos, quienes se han convertido en su red de apoyo actual.	Consultante se muestra colaborador durante la sesión, orientado en las tres esferas, lenguaje, tono de voz neutro, discurso coherente, estado de ánimo con tendencia a hipotimia, no se evidencia alteración en sensopercepción.	El consultante necesita desarrollar estrategias para manejar la exposición a desencadenantes de consumo en un entorno controlado y seguro. La ansiedad relacionada con los desencadenantes y los sueños de consumo es significativa y	Se trabaja con el consultante para identificar situaciones de alto riesgo y desarrollar un plan de exposición controlada. Se empieza con situaciones menos amenazantes y se avanza gradualmente a situaciones más desafiantes. Durante la exposición, se practican técnicas de manejo de la ansiedad, como la respiración diafragmática y la relajación muscular

			debe abordarse para prevenir recaídas.	progresiva. Se elabora un plan de prevención de recaídas, identificando señales de advertencia tempranas y desarrollando estrategias para afrontarlas. Se crea un plan de emergencia para momentos de crisis, incluyendo contactos de apoyo y actividades alternativas al consumo. La sesión finaliza con la práctica de estas técnicas y la planificación de su implementación en situaciones de la vida real.
6	El consultante expresa preocupación por su habilidad para mantener relaciones saludables y resistir la presión social para consumir. Menciona que ha tenido conflictos con otros consultantes en la unidad de hospitalización y se siente inseguro al expresar sus necesidades y sentimientos. También comenta que se siente aislado y tiene miedo de ser rechazado si intenta establecer nuevas relaciones fuera del hospital. Manifiesta que el tratamiento farmacológico prescrito por el Psiquiatra le ayuda a conciliar el sueño y manejar parcialmente su sensación de ansiedad, no obstante, refiere que no le gusta tomar la medicación debido a los efectos secundarios que presenta: mareo, náuseas, sensación de debilidad y letargo.	Consultante se muestra colaborador durante la sesión, orientado en las tres esferas, lenguaje, tono de voz neutro, discurso coherente, estado de ánimo con tendencia a hipotimia, no se evidencia alteración en sensopercepción.	Mejorar las habilidades interpersonales y la asertividad es crucial para que el consultante pueda manejar la presión social y los conflictos sin recurrir al consumo de sustancias. Fortalecer las relaciones positivas y establecer límites saludables también es esencial para su recuperación.	Se identifica las áreas de dificultad en las relaciones sociales del consultante y se enseñan habilidades de comunicación asertiva. Mediante técnicas de role-playing, el consultante practica la expresión de necesidades y sentimientos de manera clara y respetuosa. Se abordan estrategias para establecer límites saludables y manejar conflictos interpersonales de forma constructiva. Se discute la importancia de las redes de apoyo social y se trabaja en fortalecer las relaciones positivas. Se proporcionan estrategias para enfrentar la presión social relacionada con

				<p>el consumo de sustancias. Como tarea, se asigna la práctica de estas habilidades en situaciones cotidianas y se pide al consultante que registre sus experiencias y reflexiones sobre los resultados.</p>
7	<p>El consultante refiere que ha estado practicando las técnicas de afrontamiento y habilidades sociales, pero aún se siente ansioso y tiene dificultades para mantenerse enfocado en el presente. Menciona que tiene momentos de desesperanza y preocupación sobre su futuro después de la hospitalización. Además, siente que aún no tiene un plan claro sobre cómo mantenerse ocupado y evitar situaciones que podrían desencadenar el consumo.</p>	<p>Consultante se muestra colaborador durante la sesión, orientado en las tres esferas, lenguaje, tono de voz neutro, discurso coherente, estado de ánimo con tendencia a hipotimia, no se evidencia alteración en sensopercepción.</p>	<p>Reducir la ansiedad y promover el bienestar emocional a través de técnicas de relajación y mindfulness es crucial para el consultante. La planificación de actividades saludables y gratificantes también es importante para mantener el bienestar emocional y prevenir recaídas.</p>	<p>Se enseña ejercicios de meditación guiada y mindfulness, practicando durante la sesión para que el consultante aprenda a mantenerse en el presente y manejar el estrés de manera más efectiva. Se trabaja en la planificación de actividades diarias y semanales que sean gratificantes y refuercen el bienestar del consultante. Se revisan los logros obtenidos durante las sesiones. Se discute un plan de mantenimiento para prevenir recaídas, incluyendo estrategias de afrontamiento, redes de apoyo y actividades alternativas al consumo. Se aplica nuevamente el reactivo URICA para identificar en qué etapa de cambio se encuentra actualmente el consultante, se identifica que el consultante avanza hacia etapa de acción y</p>

				<p>mantenimiento, no obstante, aún presenta una puntuación elevada en contemplación. La sesión finaliza con la evaluación del progreso general y el ajuste del plan terapéutico puesto que debido a criterios del equipo terapéutico el consultante debe mantenerse internado en la Institución.</p>
--	--	--	--	--

CONCLUSIONES

- Se finaliza la implementación del plan terapéutico previsto para el consultante, no obstante, se evidencia que el consultante se va a mantener en hospitalización debido a las dificultades que ha presentado tanto a nivel conductual como a nivel emocional, ante lo cual se debe reajustar el plan de intervención de acuerdo con las necesidades que se han ido evidenciando a lo largo del proceso.
- A través de la intervención cognitivo-conductual se evidencia que el consultante da indicios de avanzar hacia estadios de cambio de acción y mantenimiento, no obstante, en la evaluación final se evidencia que aún mantiene una puntuación elevada en contemplación lo cual indica que aún existe la necesidad de trabajar sobre su conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Por lo tanto, se logra cumplir de manera parcial el segundo objetivo terapéutico.

- Se implementan las técnicas previstas en cada sesión, no obstante, se evidencia que el consultante aún mantiene dificultades tras la implementación técnica, principalmente a nivel emocional, lo cual se atribuye a la complejidad del caso: situaciones traumáticas durante su infancia, disfuncionalidad familiar, conflictos con sus compañeros e indicios de sintomatología depresiva. Por lo tanto, no se logra cumplir el tercer objetivo terapéutico, el cual se convertirá en el objetivo principal al realizar el ajuste al proceso.
- En cuanto a las evidencias del proceso terapéutico, se aplican reactivos psicométricos, registro de pensamientos automáticos y actividades enfocadas en la identificación de desencadenantes del consumo además de ventajas y desventajas de abandonar la conducta adictiva, las cuales el consultante las realiza adecuadamente y propician el avance durante el proceso terapéutico.
- En cuanto a los avances terapéuticos durante el proceso el consultante se mantiene en abstinencia de consumo de drogas, además se logra paliar los síntomas del síndrome de abstinencia que presenta durante las primeras sesiones, además de manejar el deseo de consumo. Por lo tanto, se logra cumplir satisfactoriamente el primer objetivo terapéutico.

RECOMENDACIONES

- Mantener al consultante en el proceso de hospitalización con el afán de implementar acciones terapéuticas enfocadas en paliar la sintomatología relacionada con su situación emocional actual a través de un ajuste al proceso psicoterapéutico y en coordinación con el resto de los profesionales de la salud que conforman al equipo terapéutico.

- La familia del consultante recibe terapia familiar como parte de la atención integral que brinda la Institución, ante lo cual se recomienda que las intervenciones familiares se realicen de manera periódica y sostenida incluso después de que el consultante reciba su alta médica, las cuales deberán enfocarse en mejorar la comunicación, establecimiento de acuerdos de convivencia y roles adecuados en el hogar.
- En cuanto a la intervención individual, se recomienda enfocarse en la generación de conciencia de enfermedad y mejorar la adherencia al tratamiento integral ante los indicios de la etapa de contemplación que el consultante aún muestra a partir de la última evaluación implementada, de igual manera, resulta conveniente que el ajuste del plan terapéutico se realice principalmente en favor del tercer objetivo terapéutico relacionado con la estabilización emocional.
- Finalmente se recomienda implementar acciones de integración entre el consultante y sus compañeros con el objetivo de mejorar las relaciones interpersonales y fomentar el buen trato, la importancia del apoyo mutuo y empatía. De igual manera el consultante debe mantenerse bajo observación permanente para constatar su evolución al tratamiento.

REFERENCIAS

Cayoun, B. (2014). *Terapia cognitivo conductual con mindfulness integrado: principios y buenas prácticas*. Editorial Desclée de Brouwer.

Beck, J. S. (2011). *Terapia cognitivo-conductual: Fundamentos y más allá* (2da ed.). Guilford Press.

Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, Observatorio Ecuatoriano de las Drogas. (2006). Segunda encuesta nacional a estudiantes de educación media sobre consumo de drogas, 2005 [Internet]. Naciones Unidas, Observatorio Ecuatoriano de Drogas.

[http://www.cnna.gov.ec/_upload/file473_Resumen_Ejecutivo_%20ENCUESTA%20ESTUDIANTES\(2005\).pdf](http://www.cnna.gov.ec/_upload/file473_Resumen_Ejecutivo_%20ENCUESTA%20ESTUDIANTES(2005).pdf)

Díaz García, M. I. Ruiz Fernández, M. D. L. Á. & Villalobos Crespo, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales*. Editorial Desclée de Brouwer.

<https://elibro.net/es/lc/udla/titulos/127910>

DiClemente, C. C. (2003). *Adicción y cambio: Cómo se desarrollan las adicciones y cómo se recuperan las personas adictas*. Guilford Press.

Loor Briones, W., Hidalgo Hidalgo, H., Macías Alvarado, J., García Noy, E., & Scrich Vázquez, A. J. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 130-138. Editorial Ciencias Médicas Camagüey.

<https://www.redalyc.org/journal/2111/211159713003/html/#B3>

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Prevención de recaídas: Estrategias de mantenimiento en el tratamiento de comportamientos adictivos* (2da ed.). Guilford Press.

Miller, W. y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar* (3ª. ed.). Montserrat Asensio Fernández (Trad.). España: Paidós

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2011). *Serie de protocolos de manejo clínico para atención primaria de la salud*. OPS.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31237/APS%20SERIE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *El enfoque transteórico: Cruzando las fronteras tradicionales de la terapia*. Dow Jones-Irwin.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Informe global sobre el estado del alcohol y la salud 2018*.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

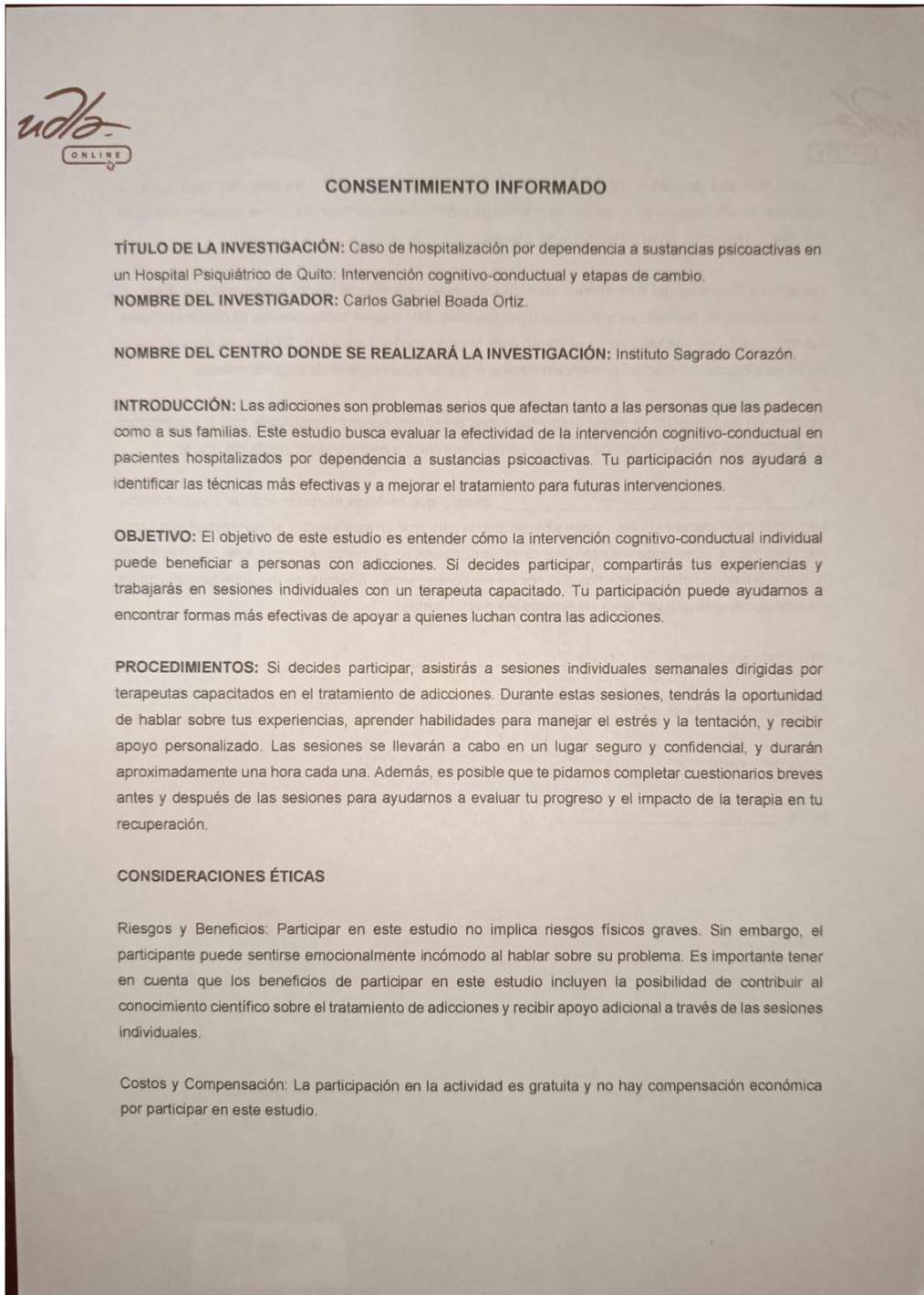
Organización de los Estados Americanos. (2010). *Mecanismo de Evaluación Multilateral*.

Evaluación del progreso de control de drogas Ecuador 2007-2009 [Internet]. OEA.

http://www.cicad.oas.org/mem/reports/5/Full_Eval/Ecuador%20-%205ta%20Rd%20-%20ESP.pdf

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO





CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Caso de hospitalización por dependencia a sustancias psicoactivas en un Hospital Psiquiátrico de Quito: Intervención cognitivo-conductual y etapas de cambio.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Carlos Gabriel Boada Ortiz.

NOMBRE DEL CENTRO DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN: Instituto Sagrado Corazón.

INTRODUCCIÓN: Las adicciones son problemas serios que afectan tanto a las personas que las padecen como a sus familias. Este estudio busca evaluar la efectividad de la intervención cognitivo-conductual en pacientes hospitalizados por dependencia a sustancias psicoactivas. Tu participación nos ayudará a identificar las técnicas más efectivas y a mejorar el tratamiento para futuras intervenciones.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es entender cómo la intervención cognitivo-conductual individual puede beneficiar a personas con adicciones. Si decides participar, compartirás tus experiencias y trabajarás en sesiones individuales con un terapeuta capacitado. Tu participación puede ayudarnos a encontrar formas más efectivas de apoyar a quienes luchan contra las adicciones.

PROCEDIMIENTOS: Si decides participar, asistirás a sesiones individuales semanales dirigidas por terapeutas capacitados en el tratamiento de adicciones. Durante estas sesiones, tendrás la oportunidad de hablar sobre tus experiencias, aprender habilidades para manejar el estrés y la tentación, y recibir apoyo personalizado. Las sesiones se llevarán a cabo en un lugar seguro y confidencial, y durarán aproximadamente una hora cada una. Además, es posible que te pidamos completar cuestionarios breves antes y después de las sesiones para ayudarnos a evaluar tu progreso y el impacto de la terapia en tu recuperación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Riesgos y Beneficios: Participar en este estudio no implica riesgos físicos graves. Sin embargo, el participante puede sentirse emocionalmente incómodo al hablar sobre su problema. Es importante tener en cuenta que los beneficios de participar en este estudio incluyen la posibilidad de contribuir al conocimiento científico sobre el tratamiento de adicciones y recibir apoyo adicional a través de las sesiones individuales.

Costos y Compensación: La participación en la actividad es gratuita y no hay compensación económica por participar en este estudio.

Confidencialidad de Datos: Toda la información que compartas durante las sesiones individuales y cualquier dato recopilado en el estudio se mantendrá estrictamente confidencial. No se compartirá ninguna información personal sin tu consentimiento expreso.

Derechos y Opciones del Participante: Tu participación en este estudio es completamente voluntaria. Si decides participar, puedes retirarte en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Si decides retirarte, tus datos serán eliminados y no se utilizarán para ningún propósito adicional. Tu decisión de participar o no en este estudio no afectará tu atención médica ni tus derechos legales de ninguna manera.

Información de Contacto: Si tienes preguntas sobre el estudio, puedes comunicarte con el investigador principal Carlos Boada al 0960560129 o por correo electrónico a carlos.boada.ortiz@udla.edu.ec.

Yo, [REDACTED], declaro que he leído el documento de consentimiento informado, he comprendido los riesgos y beneficios de participar en este estudio, se han respondido todas mis preguntas y consciente voluntariamente mi participación en el mismo. Al firmar este documento, no renuncio a ninguno de mis derechos que por ley me corresponden. Además, se me entregará una copia de este documento una vez que esté firmado por ambas partes.

Firma del participante: _____

Firma del representante legal: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha: 08-05-24 _____

CONTRATO TERAPÉUTICO



Hermanas
Hospitalarias
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SGO. CORAZÓN

Nombre del paciente: 08-05-74

Fecha:

Contrato Terapéutico de la Unidad Infanto Juvenil

El paciente al ser parte de la Unidad de Infanto Juvenil del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón se compromete a:

1. Cumplir con las normas internas de la unidad, por ejemplo: no puede salir de la unidad sin la supervisión de alguna auxiliar o personal técnico del Instituto, debe tener permiso del /la médico psiquiatra tratante para poder realizar actividades fuera de la Unidad.
2. Durante el internamiento los padres de familia o representantes legales deben asistir con la regularidad requerida a las terapias familiares, de no ser así, el paciente será dado de alta.
3. Respetar la norma de no ingresar ningún objeto, sustancia, comida o dinero al Instituto después de sus salidas terapéuticas o permisos médicos.
4. No ingresar ningún objeto corto punzante al Instituto. Por ejemplo: navajas, pinzas de cejas, cuchillos, tenedores, espejos, etc. El uso de la tijera será bajo la supervisión del docente o personal del hospital cuando se requiera su uso.
5. Las relaciones afectivas, relaciones sexuales y/o juegos sexuales entre pacientes, familiares y/o personal técnico no están permitidas.
6. Prohibido el mostrarse en ropa interior en el hospital o exhibirse dentro de la habitación sin ropa.
7. Cumplir con los objetivos terapéuticos, tanto con el proceso psicofarmacológico como psicológico individual y familiar.
8. Asistir a TODAS las terapias establecidas para el paciente: psiquiatría, psicología, familiar y ocupacional.
9. Respetar los horarios de visita establecidos y de videoconferencias establecidos.
10. Durante las visitas está prohibido el uso del celular y de redes sociales.
11. Se debe respetar los espacios individuales y los lugares indicados como restringidos dentro del Hospital y mostrar un comportamiento adecuado durante las visitas.
12. Está prohibido el préstamo y obsequio de objetos personales en general y ropa entre los pacientes y personal técnico.
13. Todas las actividades recreativas están permitidas pero libre absolutamente de apuestas y penitencias.



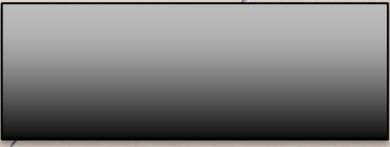
14. Todo daño causado contra materiales e inmuebles de la Institución correrán a cargo del participante y su familia.
15. Está prohibida la violencia verbal, vocabulario soez, jerga callejera, uso de sobrenombres, peyorativos y discriminatorios, conductas hostiles con los pacientes o el personal, robo o hurto.
16. El paciente al incumplir con cualquiera de las normas establecidas en este contrato recibirá un aprendizaje terapéutico vinculado a la falta cometida, implementado por el equipo terapéutico, o, podría ser dado de alta.

Firma del paciente

Firma del Psicólogo

Firma del Representante Legal

Nombre del Representante Legal:



Cédula del Representante Legal:

ASSIST

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

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	12	0 - 3	4 - 26	27+
b. Alcohol	30	0 - 10	11 - 26	27+
c. Cannabis	22	0 - 3	4 - 26	27+
d. Cocaína	18	0 - 3	4 - 26	27+
e. Anfetaminas	0	0 - 3	4 - 26	27+
f. Inhalantes	36	0 - 3	4 - 26	27+
g. Sedantes	30	0 - 3	4 - 26	27+
h. Alucinógenos	12	0 - 3	4 - 26	27+
i. Opiáceos	25	0 - 3	4 - 26	27+
j. Otras drogas	27	0 - 3	4 - 26	27+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

6.6 Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO

Grave

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

0: Ausente; 1: Intensidad ligera; 2: Intensidad media; 3: Intensidad elevada; 4: Intensidad máxima (incapacitante).

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	1	2	3	4
HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad	0	1	2	3	4
TENSION: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	0	1	2	3	4
MIEDOS: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre	0	1	2	3	4
INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
FUNCIONES INTELECTUALES: Dificultad de concentración. Mala memoria	0	1	2	3	4
ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMATICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMATICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	0	1	2	3	4
SINTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	0	1	2	3	4
SINTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	0	1	2	3	4
SINTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	0	1	2	3	4
SINTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección	0	1	2	3	4
SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	0	1	2	3	4
CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.	0	1	2	3	4

Ansiedad Psíquica		15
Ansiedad Somática		8
PUNTUACIÓN TOTAL		23

Moderado

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

 **Hermanas Hospitalarias**
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SEDE. CORAZÓN

CDI

1) Cada tanto me siento triste 0
Muchas veces me siento triste 1
Todo el tiempo estoy triste 2

2) Siento que nada me saldrá bien 2
No estoy seguro/a si las cosas me saldrán bien 1
Las cosas me saldrán bien 0

3) Hago las cosas bien 0
Hago muchas cosas mal 1
Hago todo mal 2

4) Me entretengo haciendo muchas cosas 0
Algunas cosas me entretienen 1
Nada me entretiene 2

5) Me siento mal todo el tiempo 2
Muchas veces me siento mal 1
Me siento mal de vez en cuando 0

6) De vez en cuando pienso en cosas malas que me suceden 0
Me preocupa que puedan sucederme cosas malas 1
Estoy seguro/a que me pasarán cosas terribles 2

7) Me odio a mí mismo/a 2
No me gusta como soy 1
Me gusta como soy 0

8) Si me pasa algo malo siempre es por mi culpa 2
Algunas cosas malas que me suceden son culpa mía 1

9) Si algo malo me sucede no es por mi culpa 0
No pienso nunca en quitarme la vida 0
He pensado en quitarme la vida, pero no lo haría 1
Quiero matarme, no quiero seguir viviendo 2

10) Todos los días siento ganas de llorar 2
Algunos días siento ganas de llorar 1
De vez en cuando me preocupo por algo 0

12) Me gusta estar con gente 0
Muchas veces me desagrada estar con gente 1
Nunca quiero estar con otras personas 2

13) No puedo tomar decisiones 2
Me resulta muy difícil tomar decisiones 1
Me decido con facilidad 0

14) Mi apariencia física es buena 0
Algunas cosas de mi apariencia me disgustan 1
Me desagrada el aspecto que tengo 2

15) Tengo que hacer esfuerzos para realizar las tareas escolares 2
Muchas veces tengo que esforzarme para cumplir con los deberes 1
Hacer los deberes de la escuela no es problema para mí 0

11

Avda. Manuel Córdova Galarza, Km 4
Tel.: 022.49.08.60
www.hospitalarias.ec.org



- 16) Tengo problemas para dormirme a la noche **2**
Muchas noches tengo problemas para dormirme 1
Duermo bien 0
- 17) De vez en cuando me siento cansado/a **0**
Me siento cansado/a muchos días 1
Todo el tiempo me siento cansado/a 2
- 18) La mayor parte del tiempo no tengo ganas de comer 2
Muchas veces no tengo ganas de comer **1**
Como bien, sin problemas 0
- 19) No tengo problemas con sentir dolores **0**
Muchas veces siento dolores que me preocupan 1
Todo el tiempo me preocupa sentir algún dolor 2
- 20) Me siento solo/a 0
Muchas veces me siento solo/a 1
Me siento solo/a todo el tiempo **2**
- 21) Nunca me divierto en la escuela 2
De vez en cuando me divierto en la escuela **1**
Muchas veces me divierto en la escuela 0
- 22) Tengo muchos/as amigos/as **0**
Tengo muchos/as amigos/as pero desearía tener más 1
No tengo amigos/as 2

12

- 23) Hago bien los deberes 0
No hago tan bien como antes los deberes 1
Me salen mal deberes que antes hacía bien **2**
- 24) Nunca podré ser tan bueno/a como otros/as chicos/as 2
Si quiero, puedo ser tan bueno/a como los demás **1**
Soy tan bueno/a como los/as demás chicos/as 0
- 25) Realmente nadie me quiere 2
No estoy seguro/a si alguien me quiere **1**
Estoy seguro/a de que alguien me quiere 0
- 26) Generalmente hago lo que me piden 0
La mayor parte del tiempo no hago lo que me dicen que haga **1**
Nunca hago lo que me piden que haga 2
- 27) Me llevo bien con la gente 0
Muchas veces discuto **1**
Siempre estoy peleando con alguien 2

PA-23
PC=95 Lave tect

URICA (EVALUACION INICIAL)



Universidad
Complutense
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Eyaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Nombre.....

Fecha...../...../.....

Apellidos.....

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Bastante en desacuerdo
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. Bastante de acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.

1 2 3 4 5

2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.

1 2 3 4 5

3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.

1 2 3 4 5

4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.

1 2 3 4 5

5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo este aquí.

1 2 3 4 5

6. me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.

1 2 3 4 5

7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.

1 2 3 4 5

8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.

1 2 3 4 5



9. He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.
 1 2 3 4 5
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.
 1 2 3 4 5
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.
 1 2 3 4 5
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.
 1 2 3 4 5
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.
 1 2 3 4 5
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.
 1 2 3 4 5
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.
 1 2 3 4 5
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.
 1 2 3 4 5
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.
 1 2 3 4 5
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él.
 1 2 3 4 5
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.
 1 2 3 4 5
20. He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que se me ayudara.
 1 2 3 4 5



21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.
 1 2 3 4 5
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.
 1 2 3 4 5
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.
 1 2 3 4 5
24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.
 1 2 3 4 5
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.
 1 2 3 4 5
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?
 1 2 3 4 5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.
 1 2 3 4 5
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.
 1 2 3 4 5
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?
 1 2 3 4 5
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.
 1 2 3 4 5
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.
 1 2 3 4 5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.
 1 2 3 4 5

AUDIT

Cuestionario AUDIT

Nombre _____

Fecha _____

Puntuación _____

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.</p>
<p>Registre la puntuación total aquí 33</p>	

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

SITUACION Registrar fecha, lugar donde estoy y lo que ocurre.	EMOCION Registrar lo que siento en ese momento ej. Pena, alegría, rabia etc. Evalúe la intensidad de la emoción de 1 a 100	PENSAMIENTO Registrar los pensamientos automáticos. " lo primero que pienso en ese momento"	RESPUESTA Anotar lo que realmente debería pensar	EMOCION Registrar que emoción siento ahora. Evalúe la intensidad de la emoción de 1 a 100
Ej. Lunes 06 de julio. Estoy en el supermercado y varias personas me miran porque ando "desarreglado"...	Angustia (65) Ansiedad (100)	Las personas deben pensar que soy un fracaso... que soy una persona extraña	"Porqué pienso eso, si ellos no me conocen, solo me miran y punto..."	Angustia (25 disminuye) Ansiedad (1)
Es 11 de Julio estoy internando y no puedo hacer mis deberes por que no entiendo	Ira 50 Tristeza 100	Por que me siento asi varios dias	Ayer via a mi hermana ego me mantiente al margen	Tristeza 90
Es 11 de Julio me siento bien por hacer un gol	Sorpresa 70	Ni yo se como lo hice	Debo tar feli	Energico 10
11 de Julio a pesar de todo tengo mucha tristeza	Tristeza 100	Ya me quiero ir extraño a mi familia	Tengo que reuuperarme por ellos	Tristeza 100
11 de Julio el licen Jonathan no deja poner mi musica	Estres 70	Es muy estricto	Nos esta cuidando son las reglas	Feliz 70
11 de Julio estaba en el almuerzo hablando con los licenciados	Feliz 80	Me cyan y me entienden	Esa licen Andre me recuerda a mi hermana	Feliz > 100

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Ps. Mg. Robert Cayupe Reyes
Psicólogo Clínico Acreditado CONAPC. Especialista en Psicoterapia Cognitiva de Postgrado Universidad de Chile. Fono: 212862 cel.8-740516

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

SITUACION Registrar fecha, lugar donde estoy y lo que ocurre.	EMOCION Registrar lo que siento en ese momento ej. Pena, alegría, rabia etc. Evalúe la intensidad de la emoción de 1 a 100	PENSAMIENTO Registrarlos pensamientos automáticos. " lo primero que pienso en ese momento"	RESPUESTA Anotar lo que realmente debería pensar	EMOCION Registrar que emoción siento ahora. Evalúe la intensidad de la emoción de 1 a 100
Ej. Lunes 05 de julio. Estoy en el supermercado y varias personas me miran porque ando "desarreglado"...	Angustia (65) Ansiedad (100)	Las personas deben pensar que soy un fracaso... que soy una persona extraña	"Porqué pienso eso, si ellos no me conocen, sólo me miran y punto..."	Angustia (25 disminuye) Ansiedad (1)
El 1 de septiembre Estoy tomando con mi novia en mi casa y se corta y está a punto de morir	Miedo 100 Deustado 100	Por que me hace esto	No va a cambiar	Abandonado 100
22 de junio sigo aislado los doctores me quitaron una carta para Diana	Enojo 100 Frustrado 70 Rabiosa Resentido 70	Por que la toman sin preguntar	Odio que lo agan	Era 100 Venganza 100
23 de Junio sigo aislado	Estres 100	Por que me excitan	Tengo que reflexionar	Confundido 70
23 de junio sigo aislado dormi con sujecion	Frustrado	Esto es necesario duele	es lo mejor para mi me estoy haciendo daño	Confundido 50
23 de junio sigo aislado me bajaron a lavar platos	Feliz 70	Por que tengo que lavar	Sali de mi cuarto y conviví un poco	Esperanzado 50

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

SITUACION Registrar fecha, lugar donde estoy y lo que ocurre.	EMOCION Registrar lo que siento en ese momento ej. Pena, alegría, rabia etc. Evalúe la intensidad de la emoción de 1 a 100	PENSAMIENTO Registrarlos pensamientos automáticos. " lo primero que pienso en ese momento"	RESPUESTA Anotar lo que realmente debería pensar	EMOCION Registrar que emoción siento ahora. Evalúe la intensidad de la emoción de 1 a 100
Ej. Lunes 05 de julio. Estoy en el supermercado y varias personas me miran porque ando "desarreglado"...	Angustia (65) Ansiedad (100)	Las personas deben pensar que soy un fracasado... que soy una persona extraña	"Porqué pienso eso, si ellos no me conocen, solo me miran y punto..."	Angustia (25 disminuye) Ansiedad (1)
Viernes 27 de Junio en el hospital psiquiátrico peleé con el Dr. Abel	Estres 70 Ansiedad 70	Por que me habla de esa forma	No debería afectarme se que estoy cambiando	Estres 70 Ansiedad 30
Es 30 de mayo estoy en mi casa peleando	Ira 100 Disgusto 100	Por que estoy con ella por que no acabo con todo	Debo cambiar las drogas estan acabando mi vida	Tristeza 100 Ira 50
Es 25 de abril cumple de mi madre estoy planeando algo y ella me deja puntado	Disgusto 100 Ira 100 Desaprecion 100	Siempre es así por que lo ago	Lo que ago no debe afectarme	Felicidad 10
Es 22 de Junio sigo aislado por la pelea con el doc Abel	Disgusto 50 Estres	Es un mal doctor	Talvez yo me estoy equivocando	Confundido 100
Es 22 de junio sigo en aislamiento golpeo la pared para relajarme y me esta saliendo sangre por ello me pueden poner sujecion	Ira 50 Estres 70 Angustiado 100	Me ayuda a relajarme	Me estoy haciendo daño	Miedo 100 Culpable 70

URICA (EVALUACION FINAL)

 Universidad Complutense Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Nombre.....

Fecha...../...../.....

Apellidos.....

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.
 1 2 3 4 5

2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.
 1 2 3 4 5

3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.
 1 2 3 4 5

4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.
 1 2 3 4 5

5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo este aquí.
 1 2 3 4 5

6. me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.
 1 2 3 4 5

7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.
 1 2 3 4 5

8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.
 1 2 3 4 5



9. He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.
- 1 2 3 4 5
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.
- 1 2 3 4 5
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.
- 1 2 3 4 5
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.
- 1 2 3 4 5
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.
- 1 2 3 4 5
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.
- 1 2 3 4 5
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.
- 1 2 3 4 5
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.
- 1 2 3 4 5
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.
- 1 2 3 4 5
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él.
- 1 2 3 4 5
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.
- 1 2 3 4 5
20. He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que se me ayudara.
- 1 2 3 4 5



21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.
- 1 2 3 4 5
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.
- 1 2 3 4 5
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.
- 1 2 3 4 5
24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.
- 1 2 3 4 5
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.
- 1 2 3 4 5
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?.
- 1 2 3 4 5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.
- 1 2 3 4 5
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.
- 1 2 3 4 5
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿ Por qué perder el tiempo pensando en ellas?.
- 1 2 3 4 5
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.
- 1 2 3 4 5
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.
- 1 2 3 4 5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.
- 1 2 3 4 5