

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Trastorno Depresivo provocado por el uso de sustancias tóxicas en un Paciente
de 16 años, en el Centro de Urgencias Médicas CUM**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Dora Beatriz Guzmán Meléndez

Chimaltenango, marzo de 2019

**Trastorno Depresivo provocado por el uso de sustancias tóxicas en un Paciente
de 16 años, en el Centro de Urgencias Médicas CUM**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Dora Beatriz Guzmán Meléndez

Licda. Sonia Pappa (Asesora)
Licda. María Edith Manzano (Revisora)

Chimaltenango, marzo de 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecano	M.S.C. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, enero de 2018.**

En virtud de que Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, con el tema: “Estudio de caso: Trastorno Depresivo provocado por el uso de sustancias tóxicas en un Paciente de 16 años, en el Centro de Urgencias Médicas CUM” presentado por la estudiante Dora Beatriz Guzmán Meléndez, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Sonia Pappa
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes diciembre año 2018.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Trastorno Depresivo provocado por el uso de sustancias tóxicas en un Paciente de 16 años, en el Centro de Urgencias Médicas CUM”.

Presentado por el (la) estudiante: Dora Beatriz Guzmán Meléndez, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


María Edith Manzano Figueroa

Revisor

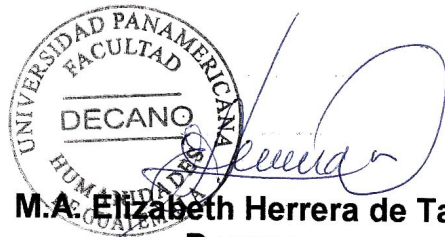


UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala marzo del dos mil diecinueve. -----

En virtud que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Trastorno Depresivo provocado por el uso de sustancias toxicas en un paciente de 16 años, en el Centro de Urgencias Médicas CUM"**, presentado por el (la) estudiante **Dora Beatriz Guzmán Meléndez**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social , para **que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	4
1.7 Misión	4
1.8 Programas establecidos	4
1.9 Justificación de la Investigación	5
Capítulo 2 Marco Teórico	6
2.1 Desintegración familiar	6
2.1.1 Formas de desintegración familiar	7
2.1.2 Causas de la desintegración familiar	8
2.2 Consecuencias de la Desintegración familiar	12
2.3 Consumo de sustancias toxicas en el adolescente	13
2.3.1 Efectos psicológicos de las sustancias tóxicas	16
2.4 Herramientas terapéuticas para tratamiento de adicciones	16
2.5 Conducta antisocial	18
2.5.1 Pandillerismo y delincuencia	19
Capítulo 3 Marco Metodológico	21
3.1 Planteamiento del problema	21
3.2 Pregunta de investigación	22
3.3 Objetivo General	23

3.4 Objetivos Específicos	23
3.5 Alcances y límites	23
3.5.1 Alcances	23
3.5.2 Límites	23
3.6 Metodología	24
3.7 Procedimiento	24
Capítulo 4 Presentación de Resultados	26
4.1 Sistematización de Estudios de Caso	26
4.1.1 Motivo de consulta	26
4.1.2 Historia del problema actual	27
4.1.3 Historia clínica	28
4.1.4 Historia familiar	29
4.1.5 Examen del estado mental	30
4.1.6 Resultado de prueba	31
4.1.7 Impresión diagnóstica	33
4.1.8 Recomendaciones	34
4.1.9 Plan terapéutico	35
4.2 Análisis de Resultados	37
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Anexos	44
Lista de Imágenes	
Imagen 1 Ubicación del Centro de Urgencias Médicas	2
Imagen 2 Organigrama del Centro de Urgencias Médicas	3
Imagen 3 Genograma	29
Lista de Cuadros	
Cuadro 1 Consecuencias de la desintegración familiar	12
Cuadro 2 Pruebas e instrumentos aplicados	31
Cuadro 3 Plan terapéutico	36

Resumen

En el presente informe se da a conocer el estudio de caso que se realizó como parte de la Práctica Profesional Dirigida, de la alumna Dora Beatriz Guzmán Meléndez, del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, Sede Chimaltenango, en el Centro de Urgencias Médicas Tecpán Chimaltenango.

En el capítulo 1: Marco de Referencia se presenta una descripción detallada de los antecedentes de la institución, conjuntamente de la ubicación, organización y justificación. En el capítulo 2: Marco Teórico se nombran los elementos que incluyen algunas definiciones, postulados y teorías sobre el tema de investigación.

En el capítulo 3: Marco Metodológico: se elaboró el planteamiento del problema, pregunta de investigación, se plantearon los objetivos, los alcances y limitantes de la institución, así como la metodología que se utilizó en la investigación realizada. Finalmente, en el capítulo 4 presentan los resultados obtenidos, adjuntando el caso estudiado dando conclusiones y recomendaciones.

Introducción

La presente investigación comprende el estudio del uso de sustancias tóxicas y la problemática que esta genera en la familia obteniendo como resultado la desintegración familiar, el cual es un problema social que atraviesan muchas familias. Existen diferentes factores que causan desintegración familiar, teniendo consecuencias graves para los hijos, que en el futuro les traerán problemas emocionales.

Durante el proceso de la investigación, se determinó estudiar cómo influye la desintegración familiar en el uso de sustancias tóxicas en un caso de estudio atendido en el Centro de Urgencias Médicas. Se trabajó con un paciente de 16 años quien presentaba problemas de consumo de marihuana, debido a la ansiedad que le causó la separación de sus padres.

El caso fue referido por la Trabajadora Social de la Municipalidad de Santa Apolonia a solicitar ayuda al Centro de Urgencias Médicas CUM al área de psicología. En el proceso de psicodiagnóstico se utilizaron técnicas como la observación y entrevistas incluyendo diferentes baterías de evaluación psicológica con las que se determinó el abordaje adecuado para la resolución del problema que presentaba el paciente.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El Centro de Urgencias Médicas de Tecpán Guatemala, inició sus funciones en 2010 en respuesta a la demanda de servicios de tercer nivel de atención en la población de Tecpán y lugares aledaños; con médicos generales y especialistas en pediatría, ginecología y psicología. En 2012 se apertura adjunto al Centro de Urgencias Médicas, el Centro de Recuperación Nutricional, atendido por un médico y una nutricionista quienes son los encargados del tratamiento de niños referidos de distintos lugares, no solo del Departamento de Chimaltenango sino de Departamentos vecinos como Sololá y Quiché.

1.2 Descripción

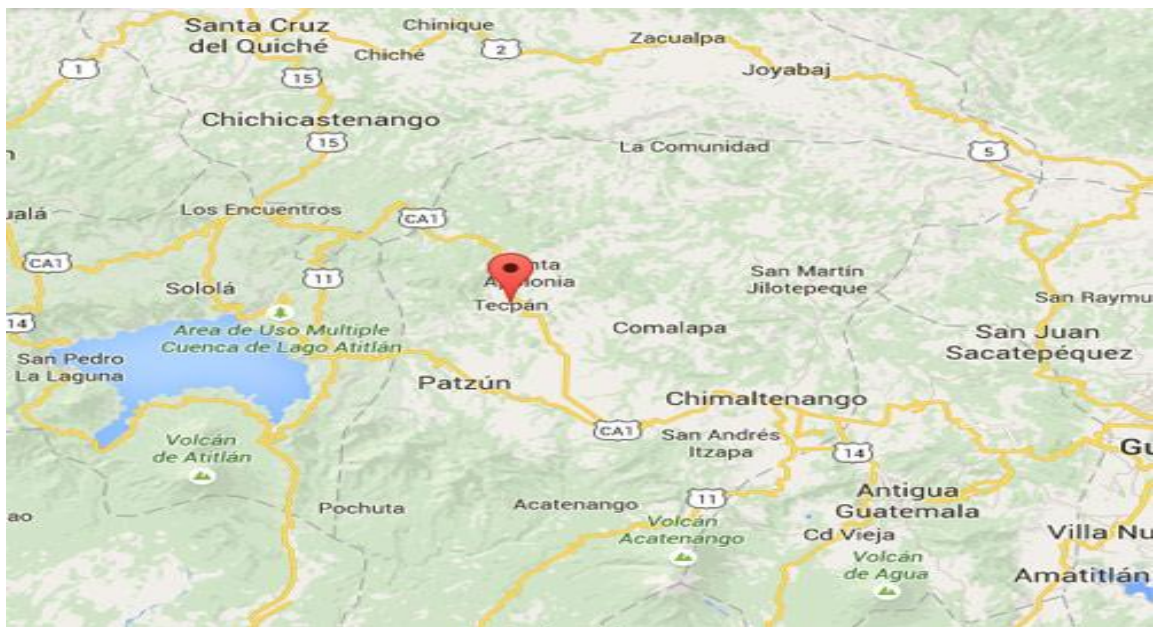
El lugar donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida fue “Centro de Urgencias Médicas CUM de Tecpán, del Departamento de Chimaltenango”. Es una institución gubernamental que se sostiene con fondos del estado, así también con ayuda internacional; cabe mencionar que la atención brindada es gratuita, las 24 horas. Atiende los servicios de emergencia, consulta general adultos y pediatría, atención psicológica, laboratorios y Centro de Recuperación Nutricional.

Se practican cirugías menores contribuyendo a mejorar la crisis actual en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ya que existe desabastecimiento de diferentes insumos, medicamentos y salarios del personal para atender las diferentes necesidades de la población, por lo que se ha recurrido a solicitar donaciones a diferentes instituciones del municipio.

1.3 Ubicación

El Centro de Urgencias Médicas se encuentra ubicado en el sector de Pachulali, del Barrio San Antonio, del Municipio de Tecpán Guatemala. Colinda al norte con el Estadio Municipal de Tecpán. Al Sur con la Aldea Pueblo Viejo, al este con el sector el Xaya y al Oeste con el sector el Mirador. Prestando servicios las 24 horas al día los 365 días al año.

Imagen 1
Ubicación del Centro de Urgencias Médicas



Fuente: Google Maps. 2018.

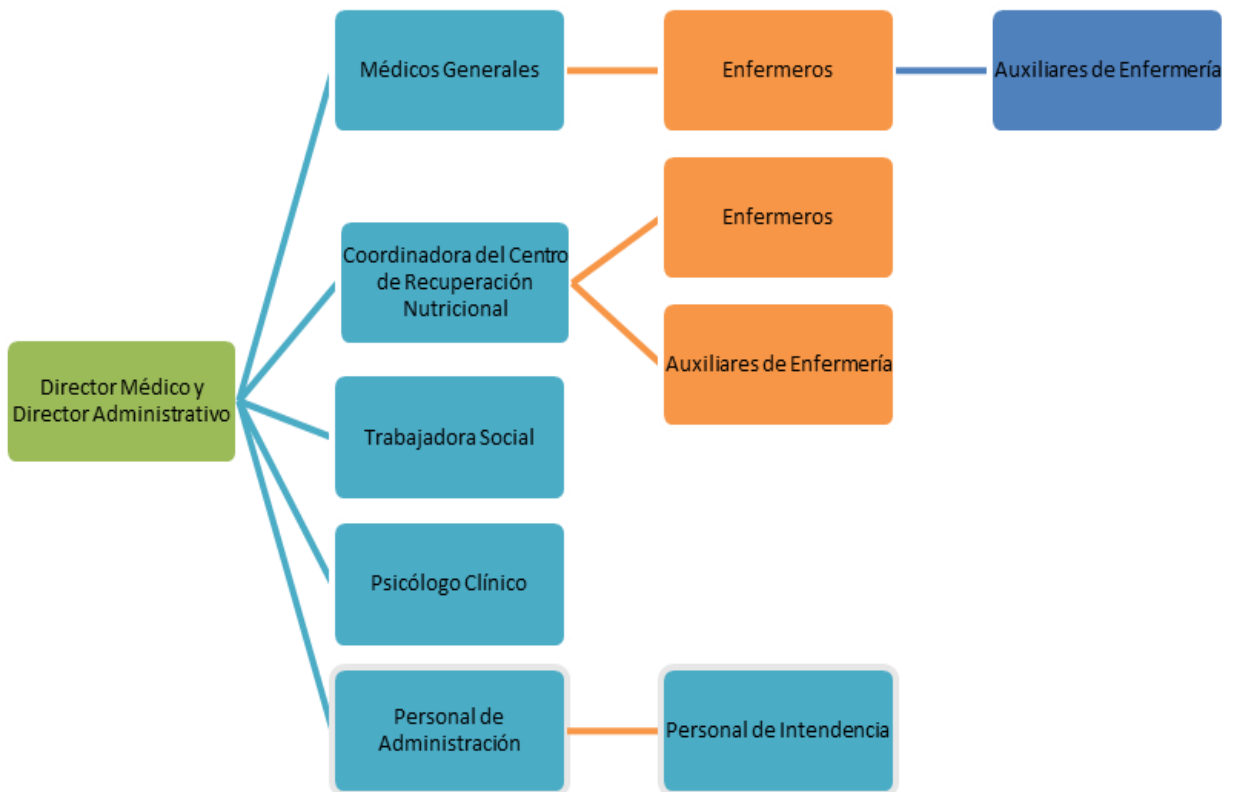
1.4 Organización

En su estructura administrativa cuenta con un director médico y un coordinador administrativo, quienes son los responsables de la direccionalidad del centro, tiene un coordinador administrativo del Centro de Recuperación Nutricional. Cuenta con 7 médicos, 5 enfermeras, 21 auxiliares de enfermería y una trabajadora social. Un psicólogo clínico que atiende problemas emocionales.

Cuenta también con personal de intendencia, encargado de la limpieza y mantenimiento del establecimiento.

1.5 Organigrama

Imagen 2
Centro de Urgencias Médicas CUM



Fuente: Elaboración propia

1.6 Visión

Llevar la cobertura de salud pública a todos los habitantes del Municipio de Tecpán Guatemala dando apoyo en el área de salud a todo el Departamento de Chimaltenango para que a partir del 2,020 tenga la mejor atención para los pacientes de todas las áreas, incrementando la respuesta para emergencias y a la vez contando con el mejor personal médico capacitado.

1.7 Misión

Ser la entidad de Salud Pública con la mejor atención profesional humana y médica para cubrir las necesidades de la población del Municipio de Tecpán Guatemala, Chimaltenango a través de los mejores equipos médicos al servicio de la población, dando especial atención a las personas de escasos recursos, Siendo la entidad de Salud Pública con los mejores médicos para cubrir todas las áreas de salud.

1.8 Programas establecidos

La consulta externa es brindada a la población en general, atendiendo las 24 horas al día con atención de emergencias, brindando así atención personalizada. Se da atención de partos, contando con médicos totalmente capacitados para atención en maternidad. Tiene consulta externa de adultos y niños, también un Centro de Recuperación Nutricional para atender a niños que están con bajo peso y de escasos recursos. Cuenta con servicio de traslados en ambulancia, este servicio brinda a la población ayuda para poder transportarse cuando se tiene una emergencia muy grave y brinda atención psicológica.

1.9 Justificación de la investigación

El presente trabajo es un estudio de casos y se realiza como parte de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida en el 5° año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social Se elabora como requisito de egreso de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Desintegración familiar

Se denomina desintegración familiar a la ausencia parcial, temporal o total de uno de los progenitores. El concepto de hogar desunido o desintegrado se aplica a un número grande de situaciones heterogéneas que provocan repercusiones psicológicas principalmente en los hijos. Es el producto del quebrantamiento de la unidad familiar, la insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros. “La desintegración familiar debe de entenderse no necesariamente como la separación, el divorcio, sino que es la descomposición de las relaciones entre miembros de una familia originando conflictos irresueltos.” (Ezequiel Ander, 1964, 127-333).

La desintegración familiar muchas veces se da por problemas de drogadicción, religión, violencia, que provocan la separación de una familia y que, al separarse, los hijos son los más afectados, especialmente si estos son adolescentes ya que en esta edad necesitan del ejemplo de ambos padres y del apoyo de estos para solucionar los problemas. Un factor muy importante para la desintegración familiar es una comunicación inadecuada. Los padres de familia no prestan atención a sus hijos, a los problemas de éstos y a sus necesidades afectivas, psicológicas y sólo se dedican a solucionar sus necesidades económicas, sin darse cuenta de que el afecto y atención pueden evitar que caiga en algún tipo de vicio.

El ambiente familiar constituye un factor cultural de mucha importancia en la vida del niño y adolescente tanto desde el punto de vista de su ser social como de su personalidad. La familia lleva a cabo la perpetuidad de la especie, no sólo en el sentido de la multiplicación material de los individuos, sino en cuanto regula las obligaciones de la pareja progenitora con los hijos y asegura así la supervivencia.

Los niños y adolescentes víctimas de la desintegración familiar tienen características propias que los diferencian de otras, en lo general poseen una autoestima muy baja, son inseguros, se aíslan con frecuencia los sentimientos de abandono y de inferioridad los acompañan en su vida futura; también experimentan fuertes traumas psicológicos, puesto que no logran asimilar del todo el hecho de que sus padres no los volverán a atender como antes, no convivirán igual, y no le brindarán la confianza y apoyo que necesiten.

2.1.1 Formas de desintegración familiar

En la sociedad guatemalteca en los últimos años, ha aumentado enormemente la tasa de divorcios, la unidad de la familia se ve amenazada cada vez más, ya que son muchos los hogares que se ven afectados por este problema que afecta a la familia y principalmente a los hijos. La desintegración familiar es un problema que no sólo afecta a la familia sino también a toda la sociedad, ya que cuando una familia se desintegra se pierde la armonía familiar, los padres buscan la manera de culpar a alguien por la separación; y generalmente son los hijos los que se ven más afectados. Consuegra (2003-2004) menciona en su trabajo de investigación que existen diversos tipos de desintegración, los cuales se muestran en los puntos siguientes:

Abandono

Se origina cuando alguno de los padres decide dejar el hogar, debido a que no se siente feliz y tiene otras expectativas en la vida, o porque el ambiente está muy tenso, predomina la discordia y no hay armonía, por lo cual no pueden seguir juntos, tampoco por el supuesto bien de los hijos, ya que los daña mucho más.

Divorcio

Según Virginia Satir (2002) el divorcio es definido como el vínculo familiar que se rompe entre la pareja, ya sea por decisión de alguno de ellos o por común acuerdo, para divorciarse se deben presentar ante las autoridades de Registro Civil, encargadas de dictaminar en que término se

disolverá la unión y los derechos u obligaciones que cada uno de los padres tendrá con los hijos, si los hubiese.

Abandono involuntario

Alguno de los padres, por enfermedad o muerte deja el hogar, es decir no es deseado y es inevitable. Los efectos causados en los niños por este tipo de desintegración son diferentes a los de las otras formas; en los hijos varones de seis a nueve años, la muerte de su padre le crea un aspecto negativo mayor, pero de menos intensidad comparados a los del divorcio o el abandono.

Desintegración familiar estando la familia junta

Estos casos se caracterizan por las relaciones conflictivas que establecen sus miembros, dando origen a celos, temores y fricciones permanentes. Frecuentemente, este tipo de familias son incapaces de planear y realizar tareas, y resolver los problemas juntos; expresan conflictos extremos que no tienen la habilidad de comunicarse con el resto de la familia, lo cual priva al niño de un ambiente armonioso y estable, brindándole una atmósfera hostil que obstaculiza su crecimiento psicológico. Actualmente, resulta más fácil aceptar un divorcio que permanecer en un matrimonio infeliz, que sólo dañará la autoestima de los esposos y de los hijos. (Zapata 1999, p. 25).

2.1.2 Causas de la desintegración familiar

La desintegración familiar puede estar ocasionada por diferentes problemas como

“La violencia, pero aún más los problemas estructurales de pobreza, desempleo y difícil acceso a los servicios básicos de vivienda, salud y educación, se expresan en lo que se ha caracterizado como la desintegración familiar, concepto que se aplica a varias situaciones: hogares en situación de extrema pobreza con jefatura femenina por ausencia de padres, niños en el mercado laboral en lugar de estar en el sistema educativo, niños viviendo en las calles, aumento del consumo de drogas y alcohol e incremento de la violencia intrafamiliar.” (Arraigada, 2001, p.27).

Entre los factores más sobresalientes que pueden originar desintegración familiar están:

La emigración

“Es el desplazamiento de personas que tienen como intención un cambio de residencia desde un lugar de origen a otro de destino atravesando algún límite geográfico que generalmente es una visión política administrativa.” (Ander, p. 108). Ocasiona el traslado de padres o hijos al extranjero, quedando grupos familiares incompletos, en busca de una mejoría y un mejor estilo de vida. En muchos casos marca de forma significativa el futuro psicológico, emocional y económico de las familias. Muchas familias comienzan a emigrar desde que enfrentan la necesidad de buscar más y mejores oportunidades de vida, porque en el lugar de origen no existen oportunidades y no satisfacen criterios personales.

El vivir en otra parte y dejar a la esposa e hijos, solo con ayuda económica tiene consecuencias positivas y negativas dentro del contexto familiar, entre los factores positivos está encontrar la oportunidad de mejorar la calidad de vida y adquisición de un mejor empleo. Entre los negativos se ve reflejado un sentimiento de pérdida de identidad nacional y de sus costumbres, así también como la ruptura de relación familiar teniendo como resultado desintegración familiar. (Ruiz García, 2002, p.13)

Las enfermedades incurables

Las enfermedades terminales pueden llevar a quien la padece a un aislamiento voluntario o al aislamiento de sus familiares al tener poco conocimiento de dicha enfermedad. La familia, se ve afectada cuando uno de sus miembros sufre algún cambio; al enfrentarse a una enfermedad avanzada e incurable la familia se encuentra en una situación difícil porque debe afrontar una pérdida o un duelo al mismo tiempo está en contacto continuo con el sufrimiento, debe aprender a manejar los miedos y emociones del enfermo, así como las propias emociones. (Torres Fernández 2018, p.12).

Se presentan cambios en las relaciones, en las responsabilidades y se dan nuevos roles; suele haber un desconocimiento por parte de los miembros de la familia de sus recursos físicos, psicológicos,

sociales, adecuados para ayudar al enfermo y a sí mismos. La presencia de una enfermedad produce una crisis familiar presentando por lo general reacciones emocionales como: ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza, impotencia, enojo y miedo.

Fases por las cuales pasa una familia al enfrentarse a la enfermedad incurable: (Ruiz García, 2002, p.13).

- Desorganización: se caracteriza por negación, trivialización de la situación o actitud evitativa de los miembros de la familia.
- Recuperación: en esta fase la familia logra asumir la realidad de la enfermedad que los afecta.
- Reorganización: la familia logra adaptarse a la situación de enfermedad modificando los roles de los miembros

La defunción

La muerte es una crisis que atraviesa la familia, la separación de padres e hijos de forma involuntaria. La muerte de uno o ambos padres trae como consecuencia que los hijos crezcan sin un apoyo paternal, maternal o en el peor de los casos de ambos, lo que puede acarrear que los menores se incorporen a pandillas o sean maltratados por otros parientes. “Los medios de comunicación masiva pueden contribuir a convertir al individuo en un ser consumista, a alienarlo e incitarlo a la violencia, al sexo, a las drogas, especialmente cuando no cuentan con una asesoría responsable.” (Ander, 1967).

Según Kubler-Ross (1969) y Leitschneider (2005) cuando la defunción de un miembro de la familia los demás podrían pasar por las siguientes etapas de duelo :

Negación: En esta etapa es probable que las personas se sienten culpables porque no sienten nada.

Enojo o ira: El enojo puede proyectarse hacia otras personas o interiormente expresarse en forma de depresión, culpar a otro es una forma de evitar el dolor, aflicciones y desesperación personales de tener que aceptar el hecho de que la vida deberá continuar.

Negociación: Se da para ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación, retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente las pérdidas.

Depresión: Es el enojo dirigido hacia adentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia.

Aceptación: se da cuando después de la pérdida se puede vivir en el presente, sin adherirse al pasado.

Infidelidad

Según Kessler y Kübler-Ross (1969) es uno de los problemas que más enfrentan las parejas actualmente. Casi todas viven en crisis y la infidelidad es uno de los factores que más afectan a la relación entre dos personas. Este es un tema sujeto a polémicas, pero que cada vez está más cerca de todos. La infidelidad es parte del temor a la pérdida de la pareja, el cual provoca desintegración familiar. Perder se asocia con la necesidad de buscar un satisfactor que no es obtenido entre la relación de pareja en la que se encuentra ambos sexos, además se presentan carencias emocionales y sentimentales.

El machismo

De acuerdo con Kessler y Kübler-Ross (2018) es una actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres. El machismo es el conjunto de actitudes y prácticas aprendidas. Es un factor muy arraigado en nuestro país, existe un pensamiento de que el hombre, es quien tiene poder de decisión y elección, el hombre es quien puede mandar y ordenar, el que puede conquistar y proponer en las relaciones afectivas y sexuales, el que debe recibir mayor retribución económica, entre otras creencias.

Además, se tiene la creencia de que hay oficios para hombres y otros para mujeres, así como actividades exclusivas para hombres, por eso es muy común escuchar que el hombre no debe de hacer tareas del hogar como barrer, cocinar, planchar etc. y que las mujeres no deben realizar tareas que impliquen el uso de la fuerza. Alguna de las causas es la supremacía indiscutible del padre, y el necesario sacrificio de la madre.

2.2 Consecuencias de la desintegración familiar en el adolescente

Los conflictos emocionales producen angustia y tensión, lo que a su vez es causa de todo género de enfermedades mentales. Cuando el adolescente carece de autoridad y amor equilibrado de parte de los padres se va revelando progresivamente, primero contra la autoridad paterna, contra los maestros, las autoridades civiles, las religiosas y finalmente con la autoridad divina. Algunas de las consecuencias de la desintegración familiar en los adolescentes son:

Cuadro 1
Consecuencias de la desintegración familiar

Agresividad	Por lo general tienen su origen en el seno familiar por diversas razones, divorcio, abandono, maltrato, problemas familiares, problemas económicos, etc.
Falta de comprensión	Sentimientos de culpa y la inseguridad en su actuar al verse dañados en el aspecto emocional, afectivo y social. desembocar el suicidio
Baja autoestima	La cual puede provocar depresión, que en caso de no ser tratada puede
Fracasos escolares	Los estudiantes de familias divididas abandonan las clases en un índice de un 30% superior al de los hogares unidos. Estas diferencias existen debido en parte a que los hogares divididos parecen menos capaces de supervisar y controlar a sus hijos.

Problemas de integración social	Reflejados principalmente en el ámbito escolar de los niños, bajas calificaciones y dificultades para hacer amigos
Problemas respecto a su bienestar psicológico	como suele ser la tristeza, que provoca en jóvenes melancólicos poco interés para realizar actividades
Depresión	La cual se refleja principalmente en el aislamiento de los jóvenes y en caso de no ser tratada a tiempo podría desembocar en el suicidio del menor
Problemas de pandillerismo,	La poca atención brindada a los niños y sobre todo a los adolescentes podría desembocar que estos busquen refugio en las pandillas y lleguen a la comisión de un delito. (Riesgo Méndez, 1995, p.28).

Fuente: Elaboración propia

La desintegración familiar representa uno de los problemas de la sociedad, la poca atención brindada a los hijos hace que busque atención en otro lado con diferentes amistades logrando así un desequilibrio emocional involucrándose así en el uso de drogas y alcohol.

2.3 Consumo de sustancias tóxicas en la adolescencia

La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias según (Méndez, 1995, p.45). Es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia, a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. La etapa de la adolescencia se caracteriza por ser la de mayor riesgo para el inicio del consumo de sustancias. Esta conducta implica complicaciones médicas a corto y largo plazo que pueden ser irreversibles. A su vez el consumo trae consecuencias psicosociales tales como: consumo de otras sustancias, fracaso académico e irresponsable que ponen al en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras y suicidios.

La mayoría de los adolescentes solamente experimentará con una o varias sustancias o las consumirá ocasionalmente sin que ello genere problemas psicosociales significativos. No obstante, un grupo de adolescentes genera un patrón regular de consumo y reunirán criterios para un trastorno por abuso o dependencia de sustancias, con todas las implicaciones desfavorables para el individuo y para la sociedad. (Revista de Salud Pública, 2007, vol.9).

Las primeras sustancias y las más consumidas suelen ser el alcohol y el tabaco, seguidas del cannabis, los tranquilizantes, la cocaína, las anfetaminas, el éxtasis y otros alucinógenos. Pero no todo consumo de drogas implica el mismo grado de riesgo. Así, existen diferentes formas de consumo: uso, abuso y dependencia. El consumo de sustancias es un patrón de uso de drogas o alcohol que causa problemas en la vida de una persona. (Méndez, 1995, p.56).

Consumo de alcohol

El trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo. La abstinencia de alcohol se caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo, tras la ingesta de alcohol de forma prolongada e intensa. (Méndez, 1995, p.37).

El deseo intenso de consumo de alcohol se evidencia por una gran urgencia o necesidad de beber que dificulta el pensamiento de cualquier otra cosa y que suele desembocar en el comienzo de la ingesta el rendimiento académico y laboral pueden deteriorarse por los efectos tras el consumo. El trastorno por consumo de alcohol suele asociarse a los mismos problemas que aparecen con el consumo de otras sustancias, drogas (p. ej., el cannabis, la cocaína, la heroína, las anfetaminas, los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos). Se puede consumir alcohol para aliviar algunos problemas de conducta como la depresión, la ansiedad y el insomnio, suelen acompañar el consumo abusivo, y en ocasiones pueden precederlo.

La ingesta repetida de altas dosis de alcohol u otras sustancias puede afectar a todos los sistemas orgánicos, especialmente el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular y sistema nervioso central y periférico. Los efectos gastrointestinales son gastritis, úlceras estomacales o duodenales, cirrosis hepática y la pancreatitis. (DSM-5, p. 483-495). (Rodríguez Martos, Cols, 1999, p.14).

Uso de marihuana o Cannabis

Según Rodríguez y colaboradores (1999) la planta Cannabis Sativa produce alteración de las psíquicas al actuar sobre el sistema nervioso. Se consume de tres formas: marihuana o hierba, que son pequeños tallos, hojas secas y flores de la planta; hachís o hash que es la resina de la planta prensada; y el aceite de hachís que procede de la mezcla de resina con algún disolvente.

La marihuana provoca nacimientos prematuros y bebés con bajo peso, aumenta el riesgo de aprendizaje o de conducta. Los niños y adolescentes empiezan a fumar marihuana por muchas causas por violencia intrafamiliar, hogares desintegrados, mala relación con los padres, abuso físico, sexual curiosidad, y deseo de formar parte de un grupo social, olvidar todas las penas, por pertenecer alguna pandilla, por estar en otro nivel, por moda. Creen que esto los hacen personas muy importantes y porque algunas canciones modernas y porque sienten un alivio emocional.

Cocaína

La cocaína procede de una planta llamada o denominada coca, de las hojas se obtiene el polvo blanco llamado o denominada Clorhidrato de cocaína. Estimula el sistema nervioso central y alcanza rápidamente al cerebro, que al manipular una sobredosis de esta droga que provoca muerte. La cocaína o su derivado también el crack, puede provocar abortos espontáneos o partos prematuros. El bebé siempre esta irritable, inquieto y muy difícil de consolar. El niño presentara problemas de aprendizaje y conductas.

Heroína

Genera gran dependencia, se obtiene a partir de la morfina que se obtiene del opio. Se consume inyectada, fumada o por la inhalación de vapores que se producen al calentarla. Es depresora del sistema nervioso central. La heroína hace que el bebé nazca muy pequeño o que muera. Al nacer, los bebés sufren del síndrome de abstinencia, como inquietud, temblores y llanto en tono agudo. Aumenta el riesgo de síndrome de muerte súbita del infante. Presentará problemas de conductas y aprendizaje.

2.3.1 Efectos psicológicos de las sustancias tóxicas

El consumo de sustancias tiene efectos psicológicos e inducen a la relajación, ensoñaciones, sensación orgásmica y en el sistema nervioso provoca euforia, supresión, tos, náusea, vómito, convulsiones. Las drogas afectan psicológicamente a los jóvenes de manera diferente, los efectos se relacionan con el estado psicológico, la manera en que la mente de las personas está preparada para responder a los efectos de una sustancia tóxica.

Los efectos inmediatos y a largo plazo, dependen de una gran variedad de factores como el tipo de droga, la cantidad que se ingiere, el modo en que la droga entra al organismo, la vulnerabilidad genética, el nivel de tolerancia y de dependencia física, así como el estado psicológico y contexto social. (Gallego G, 1992).

2.4 Herramientas terapéuticas para el tratamiento de adicciones

El terapeuta debe reconocer y comprender a su paciente sobre el uso de adicciones, sus tipos, sus elementos esenciales y su naturaleza, así como empatizar con el mismo para poder determinar la mejor estrategia para este manejo. Para lo cual se mencionarán algunas estrategias cognitivas conductuales necesarias para el tratamiento de adicciones. (Gallego, 1992).

Detención de Pensamientos

Consiste en interrupción y modificación, por medio de sustitución de los pensamientos y tiene como objetivo reducir la frecuencia y la duración de los pensamientos negativos y las preocupaciones. Los pensamientos están en la base de la mayoría de los problemas de ansiedad, depresión y uso de sustancias tóxicas, etc. Como su nombre indica, son técnicas sencillas que tienen como objetivo al sujeto ante pensamientos y sentimientos relacionados con el abuso de sustancias. Es decir, que “cambien su enfoque atencional de interno a externo, para que disminuyan sus deseos

La distracción puede consistir en que el terapeuta indique, con un previo acuerdo en función de las actividades de distracción de relevancia y agrado para el paciente, lo siguiente: centrar la atención en los elementos del ambiente verbalizándolos, siendo lo más detallista posible (por ejemplo, salir a correr, realizar determinado número de sentadillas, jugar un videojuego, juego de mesa o rompecabezas). En general, estas distracciones se pueden combinar y complementar según las particularidades del paciente. Así mismo, es importante evaluar la necesidad de combinar una estrategia de distracción con un ejercicio de relajación para reducir la ansiedad en casos necesarios, control y programación de actividades.

Control y Programación de Actividades

Es una técnica que tiene como objetivo modificar los hábitos del paciente en función de sus actividades, que por lo general giran en torno al uso de drogas. Así mismo, “cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos.” (Beck y cols., 1999, pag. 227).

Por lo cual, es importante que las actividades previas a la abstinencia "relevantes al uso de droga" sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el paciente. Se procede inicialmente elaborando un registro línea base de las conductas relacionadas con el consumo del paciente. Se buscará establecer las actividades que fueron o que son de disfrute para el paciente de modo que pueda programar sus actividades el mismo, lo cual establecerá “fuentes de refuerzo no relacionadas con las drogas” (Beck y cols., 1999, pag. 228).

Desensibilización sistemática

Es una técnica que emplea la exposición real o imaginaria a los estímulos que producen el consumo de sustancias tóxicas, por medio de acercamientos sistemáticos a estos, los cuales son reforzados puntualmente; la repetida presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de evocar ansiedad.” (Wolpe, 1993, pag. 145). Generalmente, se inicia un repaso mediante la imaginación del acercamiento al estímulo condicionado y, después de haberlo dominado, se prosigue la exposición al estímulo real.

Autoinstrucciones y Autoafirmaciones

Se refiere a la verbalización de palabras que sugieren al paciente qué es lo que debe hacer o sentir, realizadas por el mismo sujeto. “El entrenamiento en autoinstrucción se ha utilizado como una técnica de modificación conductual, pues con ella se entrena a los individuos para que hagan sugerencias y comentarios específicos que guíen su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más.” Por ejemplo, "Me siento bien, el efecto de la marihuana pasara,", "No necesito drogas para ser feliz", "Recuerda que con lo que te ahorras en droga, ahora puedes comprarte la ropa que te gusta". Tarjetas flash: 1. Te sientes más sano cuando no tomas drogas; (Kazdin, 1996, pag. 307).

2.5 Conducta antisocial en los adolescentes

Una de las consecuencias de la desintegración familiar es que los adolescentes puedan manifestar conductas fuera de la ley. Las personas con conductas antisociales siempre parecen participar en un juego en el cual los individuos son piezas para manipular y utilizar y esto conlleva a personas a meterse en problemas con la ley. En el peor de los casos la persona con conducta antisocial puede ser crueles, sádicas, violentas. Los freudianos sostienen que la mente de quien padece este trastorno, estas personas no se ven a sí mismos como la causa de su problema; además creen que su aspecto agresivo es el resultado de las fallas de otras personas. (Sarason B, 2006, p 317).

Una de las problemáticas que se presentan entre los niños y adolescentes, son las conductas antisociales y se caracterizan, en general, por presentar conductas agresivas. Un comportamiento negativo con las normas en el hogar y la escuela. Las conductas antisociales, tanto para los propios agresores como para las otras personas con quienes interactúan, dan resultados muy dañinos a largo plazo, entre ellos la formación de grupos delictivos que se detallaran en el siguiente párrafo.

2.5.1 Pandillerismo y delincuencia

Para Sarason (2006) se llama delincuente a la persona de cualquier sexo que se desvía de los códigos imperantes en la sociedad. A la vez que constituye un grave problema social, la delincuencia es también un problema personal para quien la práctica esta censurable forma de vivir evidencia un desajuste en su personalidad, manifestándose como una persona sin escrúpulos y sin principios.

Según Kazdin, (1988) las causas que pueden originar una conducta delictiva son las siguientes:

- La crisis económica del país manifestada a través de dos fenómenos: alto costo de vida y falta de fuentes de trabajo.
- El medio social en el que la persona se desenvuelve: barrios o colonias que presentan cuadros de extrema pobreza lugares en donde suelen reunirse pandillas y vagos.
- La carencia de una profesión u oficio etc.
- La crisis familiar manifestada por situaciones como malos ejemplos, falta de autoridad paterna, hogares destruidos, carencia de una relación afectiva, etc.
- La conducta delictiva de un miembro de la familia produce sentimientos de vergüenza y frustración en los demás integrantes y puede llegar a provocar la ruptura de la unidad familiar.
- El pandillerismo está relacionado con la delincuencia, en Guatemala se les llama “maras” a los grupos de jóvenes unidos por intereses comunes, que actúan en grupo individual.

Estos grupos desencadenan muchos problemas que afectan, familias, comunidades, niños pobres y abandonados, se unen a pandillas para sentir que existen, provocando así la desintegración familiar y el abandono moral en los adolescentes. (Kazdin, 1988, p. 10).

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del Problema

El uso de sustancias tóxicas es uno de los problemas más importantes y serios que se encuentra la sociedad actual, estos patrones afectan principalmente a los menores de edad, debido a una serie de factores tanto familiares como sociales. La familia es la unidad social, y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social. Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc. (July Galarza S. 2010, p 13).

La desintegración familiar es la ausencia parcial, temporal o total de uno de los progenitores. El concepto de hogar desunido o desintegrado se aplica a un número grande de situaciones heterogenias que provocan repercusiones psicológicas principalmente en los hijos. (July Galarza S. 2010, p 3). Desde el punto de vista Psicológico la desintegración familiar se define como “la distorsión o mal funcionamiento de los roles asignados, creando una situación inadecuada, una atmosfera de insatisfacción, angustia, depresión, malestar en general y por lo tanto poca comunicación entre sus miembros”. (Blsky, 559, p 29).

El estado de ánimo del adolescente se vio afectado por la desintegración de su familia, indica que desde que su papá se fue a Estados Unidos empezó a tener necesidad de consumir marihuana. Fue acusado de abusar sexualmente de una prima, por lo tanto, fue llevado a una casa correccional, sin embargo, fue dejado en libertad porque se demostró su inocencia. Al sentirse solo busco apoyo con amigos pandilleros, consumiendo marihuana. El paciente actualmente sufre de problemas psicológicos, desnutrición severa y gastritis nerviosa debido al daño ocasionado por el consumo de marihuana.

La desintegración familiar es un problema que afecta a la sociedad en la medida en que una estructura existente se hace disfuncional, no puede desempeñar eficazmente su finalidad específica, creando consecuentemente un desequilibrio en sus interrelaciones con las demás estructuras sociales. (July Galarza S. 2010, p 30).

Los niños y adolescentes víctimas de la desintegración familiar tienen características propias que los diferencian de otras, en lo general poseen una autoestima muy baja, son inseguros, se aíslan y con frecuencia los sentimientos de abandono y de inferioridad los acompañan en su vida futura; también experimentan fuertes traumas psicológicos. (Lindenmann, Brown, Schulz, 2002, p 29).

La presente sistematización hace referencia al caso de un adolescente de 16 años, que fue referido por la trabajadora social de la Municipalidad de Santa Apolonia por el uso de sustancias tóxicas desde hace 3 años, para que pudiera recibir apoyo psicológico. El estado de ánimo y la desintegración familiar de BG se ha visto afectado. Por otra parte, indica que, desde que su papá se fue a Estados Unidos empezó a tener necesidad de consumir marihuana.

Fue acusado de abusar sexualmente de una prima, por lo tanto, fue llevado a una casa correccional. Quien decía ser inocente, al realizar las investigaciones correspondientes El paciente fue dejado en libertad porque se demostró su inocencia. Al sentirse solo y triste decepcionado de la vida, busca ayuda y apoyo en amigos pandilleros. Con ellos se vio afectado con el consumo de marihuana. El Paciente actualmente sufre de problemas psicológicos, desnutrición severa y gastritis nerviosa debido al daño ocasionado por el consumo de marihuana.

Por lo anteriormente expuesto se pregunta lo siguiente.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo influye la desintegración familiar en el uso de sustancias tóxicas?

3.3 Objetivo General

Determinar el efecto psicológico que produce el uso de sustancias tóxicas

3.4 Objetivos Específicos

- Analizar las causas de la desintegración familiar en la adolescencia
- Investigar las consecuencias de la desintegración familiar
- Determinar herramientas terapéuticas para prevenir las recaídas en el uso de sustancias tóxicas

3.5 Alcances y límites

3.5.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el presente estudio se logró un cambio con el paciente estudiado para que alcanzara estabilidad emocional y una comunicación asertiva con su abuela conociendo sus emociones que ahora pueden manejarla de la mejor manera. Se logró que el paciente dejara el consumo de sustancias tóxicas; así mismo la colaboración del paciente para el proceso terapéutico teniendo cambios positivos en varias sesiones. Los alcances que se obtuvieron en el centro de práctica fueron positivos se logró atender a niños, jóvenes, adultos logrando así asistir a la población que lo solicitaba.

3.5.2 Límites

En el Centro de Urgencias Médicas CUM Tecpan la limitante que surgió fue mala administración de las citas de los pacientes, en su totalidad dejando muchos casos sin atención psicológica. Y falta de material y equipo para terapias de niños.

3.6 Metodología

Los estudios de caso son importantes en la investigación cualitativa, pero al mismo tiempo se usan cada vez más en una serie de aplicaciones en el campo profesional (Bergen, 200, Foster, 2000). Los estudios de casos tienen un papel muy importante en la investigación cualitativa. La mayor parte de este tipo de investigación recurre al estudio de unidades de forma intensiva, por medio de un abordaje que puede vincularse con la teoría.

Realizar estudio de caso implica un trabajo cuidadoso que puede resultar en conocimiento nuevo acerca del mismo, hallazgos teóricos, así como la evaluación e intervención en el campo profesional. En la psicología los estudios de caso son relevantes para entender a las personas, sus experiencias, sus percepciones, sus emociones, además son importantes en el estudio de personas con características específicas.

Entre las principales características de este método están las estrategias que usan procedimientos como la observación, buscando información en una persona específica, hace énfasis en el papel de investigador, quien está involucrado con él, por lo que se acoplan al papel del psicólogo durante el proceso psicoterapéutico.

3.7 Procedimiento

El adolescente presentaba sentimientos de inseguridad, enojo y tristeza por el abandono de ambos padres. El paciente refirió sentirse preocupado por su situación y con deseo de que se le ayude a superar problemas emocionales. Se realizó un psicodiagnóstico utilizando la observación, la entrevista, el examen mental, cuestionarios y pruebas psicológicas. Se procedió a aplicar una batería de pruebas, entre ellos el test de la figura humana, el test del árbol, el test de la familia, la escala de ansiedad, estas pruebas dieron parámetros que el paciente se encontraba afectado psicológicamente.

Se realizó un plan terapéutico con enfoque cognitivo conductual. Se trabajaron cambios de pensamiento negativo a pensamientos positivo, estrategias para sobrellevar la abstinencia, se dieron estrategias de contar siempre con red de apoyo. Se trabajó con biblioterapia para trabajar con su autoestima.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

Datos generales:

Nombre:	BG
Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	Mayo
Edad:	16 años
Estado civil:	Soltero
Profesión:	Estudiante
Ocupación:	Estudiante
Referido por:	Trabajadora Social de la Municipalidad de Santa Apolonia
Fecha de inicio del	03-11-2017
Proceso terapéutico:	03.11.2017
Nombre del padre:	LD
Ocupación/profesión:	Mecánico
Lugar de trabajo:	Estados Unidos
Nombre de la madre:	I.R.
Ocupación o profesión:	Ama de casa
Lugar de trabajo:	Ama de casa

4.1.1 Motivo de consulta

La Trabajadora Social de la Municipalidad de Santa Apolonia refiere: “Este joven necesita atención psicológica por conducta agresiva dentro del establecimiento y entorno familiar.” El paciente refiere: “Necesito ayuda” (llanto) indicó sentir mucha necesidad de consumir marihuana por soledad y tristeza.

4.1. 2 Historia del problema actual

Fecha de inicio y duración

B.G. refiere que su estado de ánimo se ha visto afectado desde 2,011, a pesar de haber recibido ayuda por parte de catedráticos del establecimiento. Por otra parte, indica que, desde que su papá se fue a Estados Unidos empezó a tener necesidad de consumir marihuana. Refiere que en 2012 fue acusado de abusar sexualmente de una prima, por lo tanto, fue llevado a una casa correccional. El paciente decía ser inocente, al realizar las investigaciones correspondientes fue dejado en libertad porque se demostró su inocencia. Al sentirse solo y triste, decepcionado de la vida, buscó apoyo en amigos pandilleros. Con los que comenzó con el consumo de marihuana. Actualmente sufre de problemas psicológicos, desnutrición severa y gastritis nerviosa.

Estresores y factores precipitantes

El paciente refiere que debido a la desintegración familiar comenzó a sentirse muy solo, triste y con muchos temores. Sintió resentimiento y rechazo hacia ambos padres, lo que propició que buscara malas compañías que lo indujeron a usar marihuana.

Impacto del problema.

BG manifiesta miedo al estar solo, sentimientos de enojo, frustración e inseguridad, ya que la relación con su familia es distante. Expone sentirse angustiado y con un estado irritable, sin saber qué hacer para solucionar el problema, cuando habla de su pasado lo hace con mucho odio y resentimiento.

4.1. 3 Historia Clínica

Historia prenatal

Nacimiento

El joven refirió que su madre tuvo un parto normal, sin ninguna complicación, dice desconocer detalles sobre el mismo. Sin embargo, no se observa ninguna afección en el paciente.

Evolución neuropsíquica

Manifiesta no recordar cómo fue su evolución, pero considera no haber tenido ninguna dificultad en este aspecto.

Evolución del lenguaje

Desconoce detalles de este punto, considerando no haber presentado dificultad en este aspecto.

Desarrollo escolar

Refiere haber iniciado sus estudios a los 6 años, comenta que siempre fue muy disciplinado, que tenía buena relación con sus compañeros. No ha repetido ningún año de primaria.

En 2017 inició sus estudios en INEB donde cursó 1° básico, donde tenía un comportamiento agresivo con los docentes del establecimiento, debido a esto fue expulsado. BG comenta que ha tenido problemas en los estudios, atribuyendo dicha situación a los problemas con la madre y con el padre. BG indica tener bajo rendimiento escolar, no cumple con tareas y ha perdido varios cursos; a pesar de esto comenta que quiere estudiar para ser un profesional y poder ayudar a su abuelita económicamente.

Desarrollo social

BG refirió que no es de muchas amistades, porque los amigos que tuvo le causaron mucho daño. Comentó que si necesita de amigos pero que sean sinceros que lo ayuden a salir adelante.

Adolescencia

BG comenta estar pasado por muchas dificultades ya que su padre y madre lo abandonaron, y tuvo que aprender a vivir solo. Cuando tenía 11 años se involucró en la drogadicción al integrarse a un grupo de mareros.

Historia médica

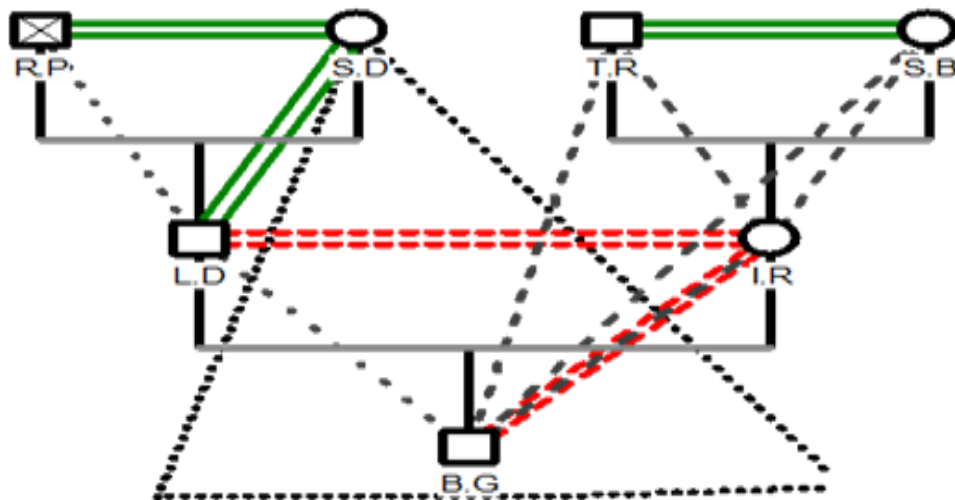
BG manifestó que desde la edad de 13 años muestra problemas de gastritis por una mala alimentación, ocasionando un bajo peso y falta de energía, actualmente está bajo observación médica luego de diagnosticarle una desnutrición severa.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

No presenta.

4.1.4 Historia familiar

Imagen 3
Genograma



Fuente: Elaboración propia.

Genograma

La familia está constituida por la abuela del paciente la señora SD de 70 años con la que tiene buena relación, BG de 16 años es el paciente estudiado, IR madre del paciente de 33 años, relación conflictiva y distante con esposo e hijo, LD padre del paciente de 38 años, relación distante con el paciente y conflictiva con la madre. Abuelos maternos SD abuela materna de 72 años relación cercana entre ambos esposos TR abuelo materno, de 76 años quien tiene una relación distante con la hija y nieto

Estructura familiar

La familia está formada por el paciente BG de 16 años y su abuela de 70 años los miembros mencionados viven juntos. Indica que tiene una buena relación con su abuela, pero no con su mamá el paciente refiere que la estabilidad económica en su casa es moderada.

Antecedentes familiares:

BG refiere que la relación con su mamá es distante. De la madre comenta que no tiene relación alguna, del padre refiere que está trabajando en Estados Unidos que se comunica con él cada fin de semana y cada 15 días le envía remesas para que compre lo necesario. BG comenta que de que le sirve lo económico si no tiene lo primordial que es el amor de sus padres y la unión familiar.

Antecedentes familiares relacionados con problemas mentales

Paciente refiere no tener datos. En entrevista la abuela indica “en mi familia no ha habido problemas mentales”

4.1. 5 Examen del estado mental

Las características físicas que presenta son, tez morena clara, con bajo peso de estatura baja, higiene corporal y arreglo personal adecuado; no mantiene contacto visual, postura decaída (hombros caídos y cabeza baja). Su actitud en un inicio fue de timidez, poco colaborador; posteriormente se tornó tranquilo y muy colaborador. Sus movimientos tensos y rígidos.

BG mantiene un estado de vigilia adecuado, responde adecuadamente las preguntas que se le realizan, mostrando atención, siendo consciente de lo que ocurre a su alrededor. Muestra expresión facial congruente con la situación, no se observa ninguna dificultad., habla emocional y con volumen de voz un poco bajo. Mantiene atención y concentración. Orientado en tiempo, persona y lugar, utiliza términos apropiados al expresarse, evidencia comprensión de conceptos y los relaciona, pudiendo repetir frases y conceptos.

Memoria visual inmediata, memoria auditiva inmediata y remota, todas satisfactorias. En juicio evidencia escaso control en sus reacciones y actitudes, se ve influenciada por los síntomas actuales que padece. Expresa constantemente temor y preocupación. Se muestra ansioso, con miedo, y preocupado, sin embargo, evidencia dinamismo y optimismo.

4.1. 6 Resultado de pruebas

Durante las pruebas BG se mostró muy colaborador, aunque nervioso mantuvo una conducta expresiva y las finalizó en el tiempo estimado, al terminar manifestó tener habilidades para dibujar.

Cuadro 2
Pruebas e instrumentos aplicados

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
Entrevista	24 /03/2017
Test de la Figura Humana	24 /03/ 2017
Test del Árbol	1 /04/2017
Test de la Familia	13 /04/ 2017
Escala de Hamilton	

Fuente: Elaboración propia

Test de la figura humana

La prueba muestra timidez e inhibición del instinto, presenta ansiedad y conflictos emocionales. Así como tendencia a la agresividad. Se notan sentimientos de inferioridad, inseguridad, miedo y baja autoestima. Percibe el ambiente como amenazante. Presenta sentimientos de preocupación por su rendimiento académico. La prueba se interpreta como un reflejo de ira y rebeldía, no mira el mundo de la misma forma que los demás, tiene dificultad para conectarse con las personas.

Test del árbol

La prueba refleja que es un sujeto inseguro de carácter cambiante, trazos que indican actitud defensiva y ocultamiento, como resultado de experiencias negativas vividas en el pasado. Indica estado de depresión, soledad y angustia. Sujeto con horizontes limitados, rigidez, artificialidad, reservado, obstinado, sistemático, falta de elasticidad, convencionalismo, habilidad para lo abstracto, rígido, cierto grado de infantilismo e inmadurez. Los sentimientos se han ido acumulando y reprimiendo, indicando ansiedad, angustia y depresión.

Test de la familia

Presenta sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, percibe el ambiente como amenazante, muestra una distancia emocional existente entre miembros de la familia. El test refleja temores, retraimiento, inadecuación, sentimiento de inferioridad. Se nota una sensación de encierro e incomodidad, también transmite sencillez, introversión, humildad. El margen izquierdo del dibujo representa el pasado, depresión, fatiga, desaliento, agotamiento.

Resultados cualitativos

A nivel de la estructura de la personalidad, el paciente presenta preocupación por su salud, los desarreglos y funciones corporales; esto lo lleva a sentirse insatisfecho con la vida y tiende a tener pensamientos autodestructivos. Con preocupaciones y sin energía para actuar acompañada de sentimientos de intranquilidad. Mantiene un equilibrio y tiende a tener sentimientos de soledad y desamparo, tiende a ser tímido y tiene pensamientos de inferioridad.

4.1. 7 Impresión diagnóstica

“BG” es un joven que manifiesta conflicto en el manejo de sus emociones, principalmente de enojo por el abandono de ambos padres. Por estar pasando por el periodo de la adolescencia el abandono del que fue objeto ha generado en él que se refugie en el consumo de sustancias tóxicas (marihuana) generando sentimientos de inferioridad, inseguridad, baja autoestima; así como aislamiento, dificultad para establecer nuevas relaciones interpersonales y falta de comunicación en su núcleo familiar.

La desintegración de su familia es un factor que está perjudicando al paciente, ya que era una familia integrada cuando tenía 9 años ya no cuenta con la misma atención de ambos padres. En relación con su familia muestra distancia emocional entre él y su mamá. Las pruebas proyectivas evidencian la falta de apoyo por parte de la madre manifestado un estado de ansiedad, agresividad y miedo, evidenciado a lo largo de su vida.

BG ha expresado en las sesiones su preocupación por sus estudios, así como por su salud en general. Se observa falta de apoyo y dificultad de contacto con los demás, tiende a mostrar una actitud defensiva como resultado de experiencias negativas vividas en el pasado que lo hacen desconfiado y reprimido. Presenta una alta preocupación por su salud en general, se siente insatisfecho con la vida y tiene pensamientos autodestructivos.

Tiende a mantener impulsos repentinos que lo alejan de la realidad tiende a ser tímido, con pensamientos de inferioridad. Se diagnostica un Trastorno de Depresión Mayor por los síntomas que presenta. Evaluación DSM-5 Trastorno de Depresión Mayor. Se cumplen los criterios del diagnóstico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-5).

Criterios del diagnóstico Trastorno de Depresión Mayor

Según el DSM 5 los criterios para el trastorno depresivo mayor son los siguientes

Cinco o más de los siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, al menos uno de los síntomas de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso)

Disminución importante del interés o el placer por todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.

Insomnio o hipersomnia casi todos los días

Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse para tomar decisiones

Pensamientos de muerte recurrentes.

4.1. 8 Recomendaciones

Se recomienda continuar el proceso de psicoterapia con el fin de adquirir herramientas y mecanismos que le ayuden a mejorar su estado emocional, que le permita tomar decisiones autónomas y maduras. Así también recibir una terapia ocupacional con el fin de responsabilizarlo en actividades que le produzcan agrado y ocupen su tiempo. Aplicar una Terapia Cognitivo Conductual que permita modificar pensamientos y conductas inadecuadas por otras más adaptativas a su situación, que pueda tomar acciones proactivas y participativas, así como el reconocimiento de procesos inconscientes que le perjudican.

4.1.9 Plan terapéutico

La intervención en terapia cognitivo conductual se estructura en tres pasos, primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, que se refiere a los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Luego en la segunda fase, la intervención, donde se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados; y por último en la tercera fase que consiste en la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

La terapia cognitivo conductual, cuenta con dos características que la definen, su naturaleza humana y su metodología. Todos los periodos de la vida son importantes porque posibilitan experiencias y el aprendizaje moldea la forma de ser de cada individuo; le ayudan a crear pensamientos de afrontamiento de forma asertiva minimizando pensamientos negativos y poner en práctica habilidades de enfrentamiento ante problemas diarios.

El punto clave de esta terapia es entender los trastornos emocionales desde una perspectiva cognitivo conductual. Es decir, como los pensamientos y creencias pueden influir sobre la conducta, emociones, y reacciones corporales de la persona en el contexto de su historia propia. Perspectiva terapéutica. La práctica profesional se basará en los principios; de comunicación asertiva y relación paciente y terapeuta utilizando un lenguaje sencillo y comprensible promoviendo así cambios muy efectivos en el paciente.

Tiempo estimado

El tiempo estimado de la terapia es de 3 meses aproximadamente 12 sesiones, teniendo una sesión por semana de 45 a 60 minutos cada una.

Cuadro 3
Plan terapéutico

Paciente: Según expediente No.: 22 Mostrando en la línea base la línea del tiempo y momentos críticos y terapéuticos, Evolución esperada y tiempo de tratamiento.

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Estado de ánimo depresivo	El objetivo de la terapia cognitiva para la depresión es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas.	Terapia para la depresión de Beck: Emplear técnicas a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Se trabajará registro de pensamientos inadecuados, detección de pensamientos automáticos y técnicas de soluciones alternativas.	Dichas técnicas se trabajarán a partir de la segunda sesión con una duración de 10 sesiones. Que se identificarán en consulta. Se asignarán tareas para casa que incluyan técnicas de distracción y técnicas basadas en el humor.
Depresión Mayor Baja autoestima	Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista que producen tristeza Fortalecer sus sentimientos de confianza y	Gran parte de la tristeza son originadas por las preocupaciones, por lo que es importante centrarse en el presente. Se utilizará la desensibilización sistemática o exposición a la situación temida y se incrementará o modificará las tareas de acuerdo con el	Considerando la necesidad de la intervención se determinarán 8 sesiones para la aplicación del plan a trabajar con el paciente. Se dejará tareas graduales, entrenamiento en asertividad, limitación de las expresiones de tristeza, la imaginación, es decir, lo que produce ansiedad es

Uso de Sustancias Tóxicas	respeto hacia su persona.	resultado obtenido a lo largo de las sesiones.	mantenerlo en la mente hasta que se produzca un cambio en la sensación.
Tiempo 1 hora a 45 minutos	Identificar y cuestionar creencias distorsionadas e irracionales sobre sí mismo el ambiente y su futuro.	Se trabajará línea de tiempo, autobiografía para identificar factores reforzadores de la percepción que la persona tenga de sí misma. Luego para modificar conductas y creencias. Se trabajará un cuadro de ideas irracionales a racionales cambiando pensamientos negativos a positivos	Se trabajará videos motivacionales relacionados al tema; para mejorar la perspectiva que el paciente tenga de sí mismo en 4 sesiones. Se trabajará Terapia cognitiva Conductual
	Tiempo de terapia , 1 sesión.	20 sesiones	

Fuente: Elaboración propia

4.2 Análisis de resultados

Después de haber hecho un análisis sobre el caso de estudio objeto de esta investigación se sugieren los siguientes resultados:

Desintegración familiar

Las funciones principales de los padres dentro del núcleo familiar son el cuidado, la educación, la responsabilidad, entre otras, al no tener respeto por la familia se provoca una disfuncionalidad donde se pierde la comunicación entre ambos y cada uno de los integrantes vela por sus propios intereses no hay reconocimiento de las necesidades emocionales de cada miembro de la familia y esto repercutirá en una desintegración familiar.

Según la Organización mundial de la salud (OMS) define la desintegración familiar es la ausencia de los progenitores, teniendo así la ruptura de relación familiar que provocan algunas repercusiones en el núcleo familiar. La ausencia de los progenitores a corto y largo plazo, las consecuencias de la desintegración familiar hacen que se desencadene una serie de manifestaciones como, por ejemplo; abandono emocional, divorcio, abandono involuntario, castigo físico, abuso sexual, uso de sustancias tóxicas y conflictos no resueltos en la familia tiene como resultado en los adolescentes bajo rendimiento escolar.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Se considera este trastorno como trastornos depresivos entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). en este incluye irritabilidad crónica, grave y persistente, los accesos de cólera frecuentes, estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales. Dicho trastorno sugiere según los criterios están distribuidos en la manifestación de la conducta. Derivado del concepto anterior se toma como referencia aspectos comunes que engloban la desintegración familiar, evidencia en los problemas el bienestar físico, psicológico generando así afecciones negativas en diversas áreas del individuo como es la salud mental.

Se considera tipos de familias disfuncionales las familias centrifugas; que no se adaptan a los cambios con facilidad, familia Centrifuga; adopta rechazo del pasado busca satisfacción fuera del seno familiar las familias psicotigénicas generan en su clima trastornos mentales mediante elementos afines como la comunicación de doble vínculo, dispersión de su familia y frialdad, familias adictógenas condicionan en su clima casos de adicciones en sus diversas modalidades y hacia diversos elementos sujetos de adicción.

Existen dos modalidades de presentarse la adictógenas en la disfuncionalidad familiar, de la siguiente manera: promueven la aparición de casos de adicciones a sustancias químicas. En los hallazgos de la investigación en el caso de estudio en relación con las familias disfuncionales se comprobó que los factores detonantes de la desintegración familiar fueron la falta de comunicación,

tristeza, el abandono, la soledad, descuido, la distancia, esto no permitió un adecuado desarrollo y crecimiento emocional.

El joven careció de figura paterna y materna, no le proporcionaron los cuidados necesarios para una crianza adecuada, seguridad, confianza, por los que se observó en ese momento un impacto significativo en el adolescente generando afecciones en el estado emocional, psicológico educativo, familiar y social. Dando como resultado en la joven agresividad, falta de comprensión, sentimientos de culpa baja autoestima, fracaso escolar, depresión, problemas de pandillerismo.

Se constató que las personas se involucran en uso de sustancias tóxicas por autoestima baja manifiesta resultados de diversas pruebas se denotan sentimientos autocráticos, desvalorización, rebeldía, desvalorización del propio ser, autoagresión, sentimientos de desesperanza, que fueron evidentes en el paciente.

Uso de sustancias tóxicas en el adolescente lo involucró en pandillas y falsas amistades para aliviar problemas de conducta, depresión esto le provoca pérdida del control y destruyendo su vida, en ese momento no le perjudicaba si no le favorecía según su forma de pensar y creencias que tenían los amigos pandilleros. Se determinó las diversas circunstancias del estado de ánimo las cuales estuvo expuesto el joven son factores poderosos para un desequilibrio emocional, adoptando así otras conductas.

Se observó así la actitud de rebeldía para las autoridades del establecimiento lo cual se vio reflejado en diversas pruebas, en el cual detonaron bajo rendimiento académico, frustración, rebeldía al inicio de la terapia psicológica. Como consecuencia de la desintegración familiar el joven se vio afectado personalmente generándoles dificultades en el establecimiento, por mal y una discusión con algunos alumnos y padres de familia.

Tratamiento

Terapia para la Depresión de Beck

Emplear técnicas a fin de acercarse al nivel de funcionamiento siendo efectivas y dinámicas. Se comprobó que los modelos psicológicos elegidos para el tratamiento brindado al adolescente fueron efectivos, ya que logra alcanzar todos los objetivos planeados al inicio del proceso terapéutico, fueron de gran ayuda para el paciente en la modificación de la conducta, le ayuda a ser responsable logrando así un mejor rendimiento académico, la paciente evidencio control en sus emociones, ira, enojo, culpa, tristeza lo cual se logra estabilidad emocional.

Conclusiones

Se concluye que una de las causas de la desintegración familiares es la falta de comunicación entre los miembros de la familia, afectando los integrantes de la familia, desencadenando la aparición de otros problemas, como conductas violentas, tristeza, enfermedades psicológicas, que afectan el desarrollo normal de los adolescentes.

Como consecuencia de la desintegración familiar las distorsiones en la conducta y la personalidad de los niños y los adolescentes; incomprensión y desentendimiento entre los miembros de la familia; inducción de los jóvenes a las drogas y el alcoholismo; incremento de la prostitución infantil y adolescente; afecta a los miembros de la familia y producen angustia, enfermedades mentales. Se da un desequilibrio emocional por falta de comprensión, inseguridad.

La terapia Cognitivo Conductual demostró ser eficaz para el paciente para contrarrestar el uso de sustancias tóxicas, brindándole así herramientas terapéuticas necesarias para prevenir recaídas. El trabajo con los pensamientos automáticos del paciente fue de gran ayuda durante el tratamiento. La psicoeducación ayuda a la reestructuración cognitiva en el trabajo con las ideas irracionales.

Recomendaciones

Se recomienda establecer estrategias para tener mejor comunicación dentro de la familia, para que no afecten a los integrantes de la familia para reforzar la autoestima obteniendo un estilo de vida saludable.

Deben establecerse estrategias para evitar riesgos, promoviendo que éste pueda seguir asistiendo a psicoterapia para fortalecer sus habilidades personales, enfrentando así su adicción.

Es recomendable que el paciente utilice herramientas aprendidas para que logre identificar las distorsiones de su pensamiento, mejorando sus habilidades sociales y relaciones interpersonales.

Referencias

- Ardila, S. (2007). *Adolescencia, desarrollo emocional: Guía y talleres para padres y Docentes*. Estados Unidos: Para Padres
- Becoña, I. (2009) *Psicólogos Especialistas en psicología Clínica y formación: Manual de Adicciones* Barcelona: Manual de Adicciones
- Chagoya, Ch. (1980). *Disolución de parejas: manejo terapéutico*. Madrid, España: Clínica y salud
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría, APA (2014) *Criterios Diagnóstico 5ta edición* Panamericana
- Oblitas, L. (2004) *¿Cómo hacer psicoterapia éxitos?* Bogotá Colombia
- Quinto S. (2004). *Parar y pensar: Terapia Cognitiva Conductual en la práctica clínica*. Guatemala: Libro Terapia Cognitiva Conductual
- Virginia, S. (2002) *Nuevas Relaciones Humanas: el Núcleo Familiar*. México: Libro familia
- Souza y Machorro. (1975). *Adicciones Clínica y Terapéutica*. Mexico: Libro Adicciones

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: Dora Beatriz Guzmán Meléndez

Título de la sistematización: Trastorno depresivo provocado por el uso de sustancias tóxicas en un joven de 16 años en el Centro de Urgencias Médicas CUM

Carrera: Psicología Clínica

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja autoestima ✓ Depresión ✓ Aislamiento ✓ Adicción ✓ Dependencia 	Efectos depresivos por el uso de sustancias tóxicas	Desintegración familiar	¿Cómo influye la desintegración familiar en el uso de sustancias tóxicas?	Determinar el efecto psicológico que produce el uso de sustancias tóxicas.	Analizar las consecuencias de la desintegración familiar en la adolescencia
Trastornos del Estado de Animo		Investigar los efectos del uso de sustancias tóxicas			
Uso y Abuso de Sustancias tóxicas durante la adolescencia		Determinar herramientas terapéuticas para prevenir las recaídas en el uso de sustancias tóxicas			

Anexo 2
ENTREVISTA

Práctica

Datos Generales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha de la entrevista: _____

Referido por: _____

Nombre del cónyuge, edad, grado de instrucción, trabajo:

Nombres y edades de los hijos (si hay algún dato importante sobre alguno de ellos, anotarlos aquí)

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico:

II Motivo de Consulta

Motivo de consulta: _____

¿Cuándo se iniciaron los síntomas? _____

Actitud de los familiares en relación con su problema: _____

Consulta _____ y _____ tratamientos _____ previos:

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia: _____

Descripción de la vivienda (No. De habitaciones, estado, ambiente, etc.): _____

Relación con las personas que convive: _____

Antecedentes de problemas o afecciones en otros miembros de la familia:

IV Antecedentes Personales

¿Existió alguna condición especial durante su gestación? _____

¿Durante su primer año de vida se dio algún hecho relevante (médico, emocional y/o conductual)?

Eventos durante la niñez que sean significativos, relacionados con padres, hermanos, parientes
Cercanos o amigos (separación o divorcio, muerte, etc.):

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones):

En la actualidad, padece algún problema médico (explicar): _____

Breve reseña de su escolaridad (desde su inicio hasta la
actualidad): _____

Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares): _____

Relaciones con compañeros y superiores: _____

Relaciones sociales y personales: _____

Actividades sociales (frecuencia, grado de confort, facilidad o dificultad para establecer
amistades _____

Primera relación de pareja (edad, manejo por parte de los padres, datos relevantes):

Relaciones de pareja posteriores (datos relevantes, incluir actual):

Vida sexual (inicio, dificultades, ETS, datos relevantes):

OBSERVACIONES:

Anexo 3

Escala de Ansiedad de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____		Ficha clínica: _____
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.	
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.
		Puntaje
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.	
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente
		Puntaje
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.	
	0	No se encuentran presentes
	1	Presencia dudosa
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano
		Puntaje

4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos generales (musculares)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

<p align="center">8</p> <p align="center">Síntomas somáticos generales (sensoriales)</p>	<p>Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.</p>		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
<p align="center">9</p> <p align="center">Síntomas cardiovasculares</p>	<p>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</p>		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
<p align="center">10</p> <p align="center">Síntomas respiratorios</p>	<p>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..</p>		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
<p align="center">11</p> <p align="center">Síntomas gastrointestinales</p>	<p>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</p>		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.		