



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
Psicología

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO,
CONSUMO DE ALCOHOL Y MARIHUANA EN UNA
PACIENTE DE 43 AÑOS

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADICCIONES CON ENFOQUE DE
GÉNERO

AUTORA: YESSICA PATIÑO PINEDA

ASESORA: JENNIFER DENISSE CARRASCO TACURI

LIMA – PERÚ

2025

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N °	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	PATIÑO PINEDA YESSICA
2.	

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertencientes al programa de la **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADICCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO**, autores del trabajo titulado: **ESTUDIO DE CASO CLÍNICO DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO, CONSUMO DE ALCOHOL Y MARIHUANA EN UNA PACIENTE DE 43 AÑOS**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar el grado de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADICCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO** bajo la modalidad de **TRABAJO ACADÉMICO**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N °	APELLIDOS Y NOMBRES	FACULTAD	NIVEL DE ASESORIA
1.	Mg. Carrasco Tacuri Jennifer	PSICOLOGIA	SEGUNDA ESPECIALIDAD
2.			

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de 19%, según el reporte emitido por el software Turnitin® (identificador de entrega: TURNITIN 13178277314; fecha de entrega: 09 DE MARZO 2025. 10.09PM. GMT-5).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: Lima, 22 de OCTUBRE del 2025


Firma del asesor
DNI: 72935359
ORCID: 0000-0002-0246-7566

Firma del Co-asesor N°
N° DNI:
ORCID:

MIEMBROS DEL JURADO

DR. GIANCARLO OJEDA MERCADO

Presidente

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

Vocal

DR. FREDY SANTIAGO MONGE RODRÍGUEZ

Secretario

DEDICATORIA

Ante todo, a Dios por derramar bendiciones a mi persona y llenarme de fuerza para vencer todos los obstáculos desde el principio de mi vida.

a mis Padres por todo el esfuerzo y sacrificio que pusieron, brindándome su cariño, comprensión y su apoyo incondicional.

A mi hija que es el mayor motivo en mi vida, recordarle que es valiente, fuerte y amada mucho más de lo que puede imaginar

A mis docentes y asesores que me dieron grandes enseñanzas a lo largo de mi vida profesional protagonistas de este “sueño alcanzado”.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Al presidente y miembros del jurado, por su sustento, evaluación y observaciones pertinentes para lograr una investigación exitosa. A la Mg. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri, por su asesoramiento, dirección, orientación y paciencia fue fundamental en mi crecimiento académico.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	
ÍNDICE DE TABLAS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1. Identificación y planteamiento del problema	3
1.2. Descripción del caso	6
1.2.1. Presentación del caso	6
1.3. Consecuencias asociadas	11
1.3.1. Área cognitiva	11
1.3.2. Área emocional afectiva	14
1.3.3. Área familiar	15
1.3.4. Área interpersonal	16
1.3.5. Área física	17
1.3.6. Área de hábitos	18
1.3.7. Área productiva	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1. Revisión teórica de las variables	21
2.1.1. Depresión	21
2.1.2. Factores de vulnerabilidad de la depresión	26
2.1.3. Tratamiento de la depresión	29
2.2. Perspectivas diagnósticas Alcohol y Sustancias	32
2.2.1. Diagnóstico del alcoholismo CIE 10 y DSM 5	32
2.2.2. Diagnóstico de sustancias CIE 10 y DSM 5	33
2.3. Antecedentes	35
2.3.1. Internacionales	35
2.3.2. Nacionales	39
CAPÍTULO III: EVALUACIÓN	44
3.1. Técnicas e instrumentos utilizados	44
3.1.1. Observación psicológica	44

3.1.2. Entrevista psicológica	44
3.1.3. Pruebas Psicológicas	44
3.2. Instrumentos de evaluación	45
3.2.1. Inventario Clínico Multiaxial de MILLON IV	45
3.2.2. Inventario de Depresión de Beck BDI - II	46
3.2.3. Pruebas de Detección de Consumo ASSIST	47
3.3. Procedimientos de evaluación	47
3.4. Presunción diagnóstica del problema	48
3.5. Resultados obtenidos de cada instrumento	49
3.5.1. Inventario Clínico Multiaxial de MILLON IV	49
3.5.2. Inventario de Depresión de Beck BDI - II	51
3.5.3. Pruebas de Detección de Consumo ASSIST	51
CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN	53
4.1. Problema delimitado	53
4.2. Objetivos de la intervención	53
4.2.1. Objetivo General	53
4.2.2. Objetivos específicos	53
4.3. Técnicas: Selección y sustento	54
4.4. Ejecución: Plan de intervención	55
4.5. Indicadores de logro	59
4.4. Evaluación de la intervención	62
DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	84
Anexo A Protocolos de los instrumentos	
Anexo B Consentimiento informado	
Anexo A Cronograma de trabajo	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados cuantitativos MILLON II	49
Tabla 2 Sesión terapéutica N° 1	55
Tabla 3 Sesión terapéutica N° 2	56
Tabla 4 Sesión terapéutica N° 3	56
Tabla 5 Sesión terapéutica N° 4	56
Tabla 6 Sesión terapéutica N° 5	57
Tabla 7 Sesión terapéutica N° 6	57
Tabla 8 Sesión terapéutica N° 7	58
Tabla 9 Sesión terapéutica N° 8	58
Tabla 10 Sesión terapéutica N° 9 y 10	59
Tabla 11 Indicadores de logro sesiones 1 al 5	60
Tabla 12 Indicadores de logro sesiones 6 al 10	61
Tabla 13 Resultados cuantitativos MILLON IV – Pretest y Postest	64
Tabla 14 Resultados cuantitativos BECK – Pretest y Postest	65
Tabla 15 Resultados cuantitativos ASSIST – Pretest y Postest	66

RESUMEN

Este proyecto infiere el caso clínico que involucra a una dama de 43 años con depresión moderada y consumo de alcohol y marihuana. La investigación examina las estrategias terapéuticas que influyen en la condición de la paciente considerando un enfoque biopsicosocial, fusionando evaluaciones psicológicas, cuestionarios y revisión de antecedentes sociales y familiares.

Los antecedentes de la víctima incluyen abuso doméstico infantil, agravado por un enredo prematuro con drogas, lo que afecta negativamente su crecimiento emocional-social. Además, lidia con la soledad, problemas familiares y dificultades para mantener rutinas saludables, lo que empeora su enfermedad. La terapia sugerida integró la psicoterapia y la atención psiquiátrica empleando una estrategia integral que tuvo en cuenta tanto su entorno como sus convicciones y requisitos afectivos.

El estudio señala que trabajar juntos desde diferentes orígenes realmente puede ayudar a alguien en su mejora emocional, ayudar a restaurar la vida familiar y la reinserción en la sociedad. Asimismo, enfatiza la importancia de crear políticas de salud integrales y garantizar que las mujeres en escenarios análogos puedan acceder a un tratamiento adecuado y eficiente. Este caso ayuda mucho a comprender la salud mental y su importancia en un contexto de depresión y adicción desde un punto de vista completo considerando toda la situación.

Palabras claves: Episodio depresivo, alcohol, marihuana

ABSTRACT

This project infers the clinical case that involves a 43-year-old woman with moderate depression and unhealthy habits such as alcohol and marijuana consumption. The research examines the factors that influence the condition of patients considering a biopsychosocial approach, fusing psychological evaluations, questionnaires and review of social and family history.

The victim's history includes childhood domestic abuse, aggravated by a premature involvement with drugs, which negatively affects his emotional-social growth. Additionally, she deals with loneliness, family problems, and difficulties maintaining healthy routines, which worsens her illness. The suggested therapy integrated psychotherapy and psychiatric care using a comprehensive strategy that took into account both their environment and their beliefs and emotional requirements.

The study points out that working together from different backgrounds can really help someone in their emotional improvement, help restore family life and reintegration into society. Likewise, it emphasizes the importance of creating comprehensive health policies and guaranteeing that women in similar scenarios can access adequate and efficient treatment. This case helps a lot to understand mental health and its importance in a context of depression and addiction from a complete point of view considering the entire situation.

Keywords: Depressive episode, alcohol, marijuana

INTRODUCCIÓN

El ser humano, dentro de su desarrollo, inevitablemente llega a la adultez. Entre las actuales décadas el ritmo al cual envejece la población crece más aceleradamente avanzando de un 10% al 21% para el 2050 (Alvarado y Salazar, 2014; Helme y Gibson, 2001; Mccarthy et al., 2009; Rosales et al., 2014). Convirtiéndose en una de las transformaciones más sustanciales del siglo XXI todo ello junto a las implicaciones en cada ámbito (NACIONES UNIDAS, 2024). En detrimento de esta etapa, que cobra más relevancia, se encuentran las adicciones a las sustancias especialmente para quienes enfrentan dificultades sociales, culturales y/o financieras. Dentro de este escenario, la presencia de un cuadro depresivo unido al alcohol y la marihuana prescriben un ámbito amplio de investigación en bien de una población sana con un desarrollo adecuado de sus etapas.

Dentro de nuestra realidad la depresión como problemas de salud mental con mayor incidencia en la población (MINSa, 2024); paralelamente a este problema el 35% de peruanos tendría dificultades con el uso de alcohol así como enfrentar problemas emocionales (EL PERUANO, 2023); en relación con la marihuana es importante tener en cuenta que este sólo disminuye su consumo luego de los primeros años de la adultez, más de 65 años, esto se reafirma por los cambios sociales, físicos y mentales que incrementan su vulnerabilidad (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2024) a la par que los antecedentes indican que esta se incrementa con la edad (CICAD-OEA, 2010) complementario a ello, la marihuana, en el Perú es la droga de mayor consumo (MINSa, 2005) tales datos reflejan elementos importantes para esta investigación.

La investigación en curso evalúa a una paciente de 43 años que presenta síntomas depresivos, consumo de alcohol y abuso de sustancias a largo plazo. Este caso nos permite indagar en uno de los elementos poco investigados, como son los casos clínicos, donde el mismo estigma social de no aceptar un problema en alguna de las 3 áreas mencionadas se aún a formar parte de un caso clínico en perspectiva de ser publicada. Conjuntamente con el hecho de lograr una rehabilitación exitosa con lo cual los procesos de terapia y psicoterapia puedan lograr el éxito deseado. Por otra parte, nos permite conocer cómo los acontecimientos de la vida, los hábitos alimentarios y las relaciones domésticas influyen tanto en el bienestar emocional como en el cumplimiento de los regímenes de tratamiento.

A nivel clínico, el manejo de estos casos requiere de un abordaje integral que combine intervenciones psicológicas y psiquiátricas con estrategias de apoyo personal, familiar y social. Este trabajo se centra en analizar las variables implicadas en el desarrollo, mejora y mantenimiento del cuadro clínico, así como proponer un abordaje terapéutico permitiendo optimizar la calidad de vida del paciente y su posterior reinserción en primer lugar a su entorno más cercano y finalmente a la sociedad.

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Identificación y planteamiento del problema

El curso de vida del ser humano según el MINSA (2021) implica un periodo prenatal; seguido de la etapa de la niñez (0 - 11 años, 11 meses y 29 días) continuando con la adolescencia (12 - 17 años, 11 meses y 29 días) para luego seguir con el adulto Joven (18 - 29 años, 11 meses y 29 días) el adulto (30 - 59 años, 11 meses y 29 días) y finalmente el adulto mayor (60 años a más). Para nuestra investigación contemplaremos el periodo de la adultez entre los 30 hasta los 59 años, es un periodo considerado de transición en el proceso del desarrollo humano, lo cual puede involucrar permutas en tales como el cognoscitivo, físico y social los cuales ante circunstancias culturales, sociales y la dinámica financiera son susceptibles (Papalia et al., 2012).

Los cambios en la edad adulta son paulatinos y afectan a unos más que a otros. El deterioro en el aspecto físico, mental y social son los preeminentes y la mente encuentra limitaciones (López et al., 2017). Dentro del área mental el simple hecho de no revelar su edad o preservar el físico implica una negación en un contexto de su periodo vital como es la libertad, la muerte, la exclusión y la ausencia de un propósito (Yalom, 2000). Con todo ello es importante el cuidado personal, así como un adecuado sistema de salud no solamente para cuidar de cada una de las áreas, sino también para la atención de caso de presentar problemas, trastornos, adicciones pues la vida no implica algo estacionario sino un movimiento o proceso ya sea adecuado o inadecuado. Todo ello en bien de propiciar una calidad de vida durante esta etapa final.

La depresión como secuela de una complicada interacción de componentes sociales, biológicos y psicológicos, de allí que es considerado como el trastorno mental más común (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 2023); más del 75% de las personas con tales problemas, en naciones de entradas inferiores y medios no reciben ningún procedimiento médico adecuado (Evans-Lacko et al., 2018). Implica básicamente un estado anímico abatido, así como la pérdida del placer conocida como anhedonia y la atención por acciones durante espacios de tiempo extensos. Con respecto al episodio depresivo moderado, la prevalencia tiende hacia el género femenino, de un (5:1) proporcionalmente, cuyo inicio se presenta predominantemente durante la etapa de la adultez temprana, manifestándose excepcionalmente en mayores de 40 años. (Vargas et al., 2010).

Los trastornos de carácter depresivo en discrepancia con un inadecuado estado de ánimo, abarca la mayor parte del día por lo menos por 2 semanas. Esta puede causar dificultades en cada uno de los espacios de la existencia cotidiana y su interrelación con el ámbito familiar y la comunidad (OMS, 2023). La elevada relación entre los trastornos de la depresión se encuentra más vinculada con el uso de alcohol y drogas ya sean legales e ilegales (Pinelo et al., 2022). Actualmente, el tratamiento y manejo de la depresión necesita profundizar sus prerrogativas. Se necesita un trabajo especializado para desarrollar mejores terapias. Se considera de vital importancia la comprensión y administración adecuada de la terapia cognitiva conductual (Lorenzo-Díaz et al., 2021) y mientras más se pueda ahondar se puede encontrar beneficios, así como elementos a mejorar en la misma.

El consumo mundial de drogas con respecto a la década anterior se ha incrementado en un 23% y la cifra de quienes padecen trastornos como consecuencia se ha incrementado exponencialmente a 39.5 millones lo que se traduce en un acrecentamiento de 45% en 10 años solamente (ONU, 2023). Entre ellas la marihuana está dentro del grupo de las más consumidas representando un 78% (Peña, 2024). El uso de sustancias psicoactivas por lo general es coligado a resultados negativos sobre distintos órganos y sistemas ya sea a corto o largo plazo (Roldan, 2001). Al transcurrir el tiempo, el consumo periódico y dilatado de tales contribuye al establecimiento de trastornos de adicción, el cual es crónico y recurrente caracterizado por deseo intenso de consumo y el menoscabo del consumo controlado, descuidando el estado de salud afectado y sus visibles deficiencias, así como sus daños (Vegh Weis, 2011).

En el proceso de envejecimiento, los cambios físicos y sociales pueden aumentar la probabilidad del uso de sustancias. Las consecuencias de las drogas y el alcohol en la mente y el cerebro que envejece son muy poco conocidos (Colliver et al., 2006). Pero los adultos mayores tienden a metabolizar las drogas más lánguidamente, en consecuencia, es más sensitivo el cerebro a las drogas, lo cual podría hacerlos más vulnerables (NIDA, 2024). El consumo regular de marihuana en adultos, está relacionado con la depresión, perturbaciones respiratorias, detrimento de la función cardiovascular, la memoria, el juicio y las destrezas motoras finas como gruesas (Volkow et al., 2014). La marihuana tiene un efecto nocivo sobre medicinas prescritas y complica los inconvenientes ya presentes.

Si bien es cierto en la región de Puno es preeminente una crianza patriarcal, donde existe ciertas conductas proteccionistas hacia el adulto, no se exime de tener adultos con problemas mentales y/o adicciones. Aunado con ello los niveles de analfabetismo especialmente entre las damas adultas (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2020). Es por ello que nos planteamos la siguiente consulta de investigación: “¿Cuáles son las estrategias terapéuticas más efectivas para el manejo integral de un episodio depresivo moderado, consumo de alcohol y marihuana en una paciente de 43 años?” y como objetivo aportar conocimientos relevantes para “Determinar las estrategias terapéuticas más efectivas para el manejo integral de un episodio depresivo moderado, consumo de alcohol y marihuana en una paciente de 43 años”.

1.2. Descripción del Caso

1.2.1 Presentación del Caso

La paciente atendida es una dama de 43 años, desciende de un hogar de tipo nuclear, su madre ya fallecida y ahora conformado por el padre de 72 años cesante, en la actualidad del padre es funcionario del Municipio de Puno se le ve conservado en salud sin embargo se le ve afectado por la salud de su hija, tiene una hermana mayor de 45 años profesional, casada y vive en el extranjero. Culminó sus estudios superiores, trabajo independiente Odontóloga, vive actualmente acompañada con su padre, pero tienen escaso contacto ya que se ven solo en el desayuno y cena (algunas veces), cada uno almuerza por su parte, con la hermana mayor la comunicación es mediante llamadas ya que vive en el Extranjero.

La paciente menciona que los inconvenientes que tiene se remontan aproximadamente a los 10 años de edad, refiere *“nunca había visto los golpes que le daba mi Papá a mi Mamá hasta que mi hermana en ese entonces tendría 12 años de edad, defendía a gritos a mi madre de la violencia física de mi padre a mi madre, y recuerdo que yo quería intervenir pero mi hermana me botaba diciéndome que me vaya, que salga de la casa, que vaya a jugar, es así que me iba a calle no viendo nada de lo que pasaba, así comienzo a pensar y preguntarme qué pasaba, dándome cuenta de que esto era muy reiterado, desde aquel entonces comencé a reaccionar con mucho temor cuando mi padre se aparecía tomado, no sabía que hacer, solo me echaba a llorar, sin saber mucho de lo que pasaba ya que mi madre nunca nos decía nada luego del hecho, buscaba a mis amiguitos/as que siempre jugaban en la calle de mi barrio”*.

Es así que la paciente empieza a darse cuenta de que su Padre era una persona maltratadora y que le gustaba tomar alcohol en demasía *“hasta que en alguna oportunidad por defender a mi madre me golpeo con el palo de la escoba, es entonces que mi madre decide separarse, recuerdo que mi papá venía a visitarnos pero las veces que venía estaba molesto siempre trataba de corregirlas por todo, quería que lo atiendan, que se le sirva la comida o que le laven la ropa, deseaba que no venga, según menciona la paciente la madre buscaba ayuda y apoyo en sus hermanos y algunos otros familiares”*.

Durante el periodo escolar de la paciente, sobre todo en la secundaria se ha sentido sola, no tenía a quien contar sus problemas, sentía que no tenía amigas;

es así que entre los 14 a 16 años en su desesperación empezó a consumir alcohol y marihuana que le ofrecían los amigos (varones) del colegio, sintiendo un cambio en su comportamiento, se sentía más sociable, ya que comenzó a ir a fiestas, se escapaba del colegio o simplemente no asistía ya que con los amigos se reunían en alguna casa donde no estaban los padres. La paciente menciona que su madre muchas veces le aconsejo que no tome, ya que la vio en varias oportunidades mareada y con aliento a alcohol, desconocía que era consumidora de marihuana, así mismo un par de veces la policía la detuvo por beber alcohol y fumar marihuana en un parque llamando a su familia para que la liberen.

En el mes de Febrero, cuando la paciente ya culmina el colegio, comienza a participar de la Festividad de la Virgen Candelaria tradición de la ciudad de Puno llamándole mucho la atención porque generalmente para verano se iban de vacaciones a la ciudad de Arequipa, toda la semana la población danza y consume alcohol incrementando su curiosidad, de regresar cada febrero, con todo eso la madre vio por conveniente que estudie en la ciudad de Arequipa y fue así pensando que se alejaría de las amistades y sobre todo del consumo; postuló e ingreso a la carrera de Odontología a los 18 años, viviendo con la hermana mayor donde la vida social fue ampliándose con el tiempo, tuvo 2 enamorados formales pero se decepcionó ya que le fueron infiel, sus relaciones duraban un promedio de 2 a 3 años, sentía que no podía dejarlos, la carrera de Odontología la termino a insistencia de su madre quien en esa época sostenía la familia.

Aproximadamente al cumplir los 24 años, con su hermana se enteran que la madre presenta la enfermedad del Cáncer; fue una situación difícil de asumir ya que ambas se sentían solas, el Padre vivía en Puno y no era muy cercano a ellas en ese entonces, ya que la relación se cortó a raíz de los problemas con la madre, es así que deciden asumir la responsabilidad sobre el tratamiento a su madre, su hermana por motivos personales en ese entonces trabajaba fuera de Arequipa y la usuaria asume el cuidado sola por 5 años, durante todo ese tiempo *“solo me dedique a cuidarla e hice todo lo posible para que tenga calidad de vida, sintiéndome abatida por todo lo que sufría”*, incrementando la paciente su consumo de marihuana, la Madre a pesar de su enfermedad la alentaba para terminar su tesis y obtener su título como Odontóloga, los momentos que tenía la oportunidad de salir sus amigos se convirtió en salidas ocasionales y ya no lo disfrutaba como antes.

Por parte de los hermanos de su madre han sentido siempre la preocupación por su salud, de cierta forma sentía el apoyo de ellos, a la vez sentía que se preocupaban más por la madre que por ella misma sintiéndose constantemente más sola, tenía noches de desvelo y constantemente el llanto, veía como la madre se deterioraba en su salud, teniendo sentimientos de culpa por no buscar más ayuda. Así decide regresar a Puno en compañía de la madre a los 30 años aproximadamente ya que los familiares le decían que la ayudarían con el cuidado de su madre y así fue, al mismo tiempo empieza a sentir insatisfacción por su imagen corporal, sus relaciones amicales totalmente deterioradas, la madre siempre le pide que trate de relacionarse con otras personas y es así que comienza

a realizar actividades académicas (cursos, especializaciones) y físicas (correr, gimnasio, bicicleta).

Con ideas de no querer vivir y pensando que si la madre se moría ella también moriría. Decide buscar ayuda psicológica donde, un tiempo se motivaba al cambio cumpliendo con las tareas, pero luego las dejaba de hacer, reapareciendo la ansiedad y regresando al consumo de marihuana una vez más. A los 36 años fallece su madre, lo que le agudiza el estado depresivo moderado, sintiendo una terrible sensación de frustración, miedo, temor, cambiando radicalmente su situación, el padre al notar que su estado físico y psicológico no es el apropiado le pide convivir en la casa donde esta, sintiendo de alguna forma su compañía y de cierta forma su cuidado, sin embargo la paciente menciona que *“en lugar de sentir alegría, sentía colera hacia mi padre, rabia al recordar todo lo que hemos pasado con mi hermana de pequeñas, observando cómo le daba golpes a mi madre, varias veces he llegado con él a los reproches con gritos y golpes, sintiendo un total descontrol, luego el remordimiento y el arrepentimiento”*.

El padre al aceptar ser entrevistado mencionó que se acostumbró a vivir con esos episodios de su hija (paciente) ya que sucedían cuando consumía la marihuana y se quejaba a sus ex cuñados (hermanos de su ex esposa) para que le llamaran la atención, ya que a los tíos/as maternos los respeta mucho. Sus tíos le hablaban que tenía que conversar y tener mejor comunicación con su padre y no actuar de esa forma, que realice actividades físicas y que tenga contacto con

amistades. El poco contacto social que tiene hace que solo se enfoque en su trabajo independiente y algunas veces lo realiza mediante las redes sociales y esto hace que pueda contactar con alguna amiga o amigo, pero no se siente satisfecha, muchas veces no ha podido dormir y ha disminuido su apetito.

La paciente de 43 años y la continua sensación de sentirse sola, hace que no pueda dejar de consumir alcohol y marihuana, ha tenido 2 episodios de descontrol este año, como romper los vidrios, pensamientos de persecución, ha cerrado las puertas con barrotes y sillas, ha subido al techo asustando a su Padre con los gritos; afirmando que habían ladrones dentro de la casa, los buscaba y no encontraba a nadie, en esos episodios también salían los vecinos por el bullicio; el Padre con esta situación en esa oportunidad llamó a la policía para tranquilizarla. Todo este suceso a la paciente le ha dado vergüenza y miedo luego de tranquilizarse y sentirse lúcida; siente que está enferma y que está causando problemas de mayor magnitud a su Padre, lo cual han visto por conveniente recibir tratamiento Psiquiátrico y Psicológico.

1.3. Consecuencias Asociadas

1.3.1. Área Cognitiva

Relacionada al problema del Episodio Depresivo.

La sintomatología relacionada al cuadro depresivo moderado, se coligan a escenas donde el entorno (familiares cercanos) invalida y descalifica, así como pérdida de amigos por la distancia; algunos esquemas se activan con la presencia del cuadro depresivo, concretamente aquellos que incitan al aislamiento “*mis tíos*

muchas veces me dicen que ya debería salir con amigos”, auto sacrificio “tengo que estar en silencio y no decir nada cuando me repiten lo mismo siempre por estar sola o no salir ” y la negatividad y/o desesperanza “no sirvo para nada, soy totalmente inútil, no puedo ser como mi hermana”, del mismo modo se valora la presencia de esquemas de fracasos “estoy perdiendo mucho tiempo, mis amigas son mejores que yo, están en su mejor momento, en buenos puestos de trabajo”, “no creo tener objetivos de vida”, “luchó por estar viva cada día”, “no se ni lo que me mantiene con vida”.

Una visión introspectiva negativa está enmarcada dentro de los esquemas propios a este problema, en consecuencia, su autopercepción es exigua y autocrítica “no sirvo para nada”, “no siento hacer bien las cosas”, como resultado percibe amenazas de su entorno, invalidaciones y una constante crítica “ellos no me quieren, solo me ven con pena”. En relación al futuro y su percepción sólo se tiene en frente pesimismo “no encuentro algo para seguir luchando, solo alcanzó a distraerme con unas pocas cosas y eso es todo”; vale la pena precisar que la paciente denota conflictos relacionados con la atención y el recuerdo “no puedo concentrarme fácilmente me distraigo con cualquier cosa, me pierdo mirando la ventana, a veces no recuerdo lo que estoy haciendo o alguna información importante”.

Relacionada al problema del uso de sustancias alcohol y marihuana.

La paciente describe “situaciones específicas a manera de comentarios alusivos a mi aspecto físico, los cuales provienen generalmente del entorno

familiar, entre tíos”, en consecuencia el rechazo se ha convertido en un esquema cognitivo muy presente, interpretando cada situación bajo la ausencia de apoyo no presente lo cual propicia inestabilidad (abandono) “solamente me repiten que me veo mal”, “no soy lo suficientemente para ellos”, juntamente a formas de vergüenza y desperfecto “me siento extraña porque estoy bajando de peso y demacrada”, cada esquema presente conduce a errores cognitivos, como: generalización “siempre me veían así, como rara por mi semblante, él deberías “debería hacer mayor esfuerzo al arreglarme, maquillarme, no debería de descuidarme y colocar a mi padre en esta situación”.

La paciente ha logrado asociar el uso de sustancias alcohol y marihuana, a ideas de tipo justificación y arrostramiento, de cierta medida llega a considerar el consumo de alcohol como una ayuda en el proceso para contener cuadros ansiosos ya que muchas veces lo hace sola porque no tiene a la mano la marihuana, refrenar las ansias por no recordar su pasado “cuando tomo o fumo marihuana, siento que por unos momentos se va mi ansiedad”, “y puedo pensar con más claridad, y hasta puedo motivarme”. Asumiendo la existencia de riesgos relacionados al consumo de alcohol, y las verbalizaciones obtenidas la ubicarían dentro de la etapa de cambio contemplativa, dejando de lado motivos suficientes para buscar el cambio.

1.3.2. Área emocional afectiva

Relacionada al problema del episodio depresivo.

La depresión, dentro de su cuadro, está acompañada de un humor depresivo recurrente y una tristeza recóndita, menoscabo del beneficio en diferentes actividades, conflictos para conciliar el sueño, escasamente disfruta de las aficiones previas y recientes, apetito decadente, alejándose de su familia, descansando entre 4 a 5 horas desde la medianoche, del mismo modo se denota sentimientos de culpa y escasa valía personal, esto ha llegado a colocarla dentro de un vórtice de inseguridad constante y confianza hacia sí misma disminuida.

Relacionada al problema del uso de alcohol y marihuana.

Relacionada al problema de su conducta es concretamente en los instantes de limitaciones de ingesta de alcohol y marihuana que viene acompañado de intensa ansiedad, presentando sintomatologías somáticas como: temblores en ambas extremidades, nerviosismo, sensación de merma de peso, sudoración palmar, los cuales están presente a lo largo del día, encontrando ciertas habilidades de afrontamiento ante el consumo de marihuana o escuetamente distracciones variadas (redes sociales virtuales, ver series en la tv o trabajar). La marihuana consumida, logra generar sensaciones de alivio emocional temporal con escaso control por parte de la paciente. El estar poco aliñada, lidiar con las actividades diarias dentro de un marco de bajo interés; del mismo modo alivia el cuadro ansioso y consecuentemente darse cuenta que mediante el consumo ya sea de alcohol o marihuana va suprimiendo el estado de ánimo.

1.3.3. Área familiar

Relacionada al problema del cuadro depresivo.

Un cuadro depresivo moderado, dentro de esta área genera sentimientos de culpa coligados al considerar su mal actuar por la muerte de su Madre, así como fracasos asociadas con planes no desarrollados como el estudiar una maestría o doctorado, o el dedicarse hacia algunos talentos como la cosmetología que en algún momento de su adultez temprana (30 a 35 años) lo realizaba para distraerse (pintar uñas, maquillaje); sin embargo la familia invalida la capacidad de autosuficiencia hacia la paciente mediante los mensajes de descalificación y la crítica severa de menospreciar lo que le gusta hacer “*Dedícate a la odontología para eso has estudiado*”, así mismo la paciente toma estas descalificaciones como verdaderas, considerando que sus frustraciones concuerdan con los calificativos negativos de parte de su entorno familiar.

Todo lo mencionado en un plazo extenso está provocando el alejamiento del entorno familiar (minimizando el problema), ya no la visitan como antes, cada vez que la ven le reprochan de su actitud. Sin embargo, a los familiares más cercanos o cuidadores vienen presentando cuadros de ansiedad con solo pensar que puede atentar contra su vida; les causa falta de energía o desmotivación por los episodios, presentando problemas para llevar a cabo sus tareas diarias/ labores diarias, otros miembros de la familia están asumiendo las tareas que no les corresponde, desgastándolos psicológicamente.

Relacionada al problema del uso de Sustancias alcohol y marihuana.

El problema de alcohol y marihuana, desempeña un factor importante en la relación al desarrollo del síndrome, por haber cumplido una función específica la de factor estresante al mantener presente el problema, la paciente está al tanto con la insuficiencia de su imagen corporal, un estado de ánimo disminuido, lo cual ayuda a reforzar un proceso cognitivo de carencia, llegando al punto de no contemplar sin duda alguna que cada uno de los miembros de su entorno familiar está en contra de ella, desarrollando paralelamente una actitud de rechazo dado que considera el carácter amenazante de sus tíos maternos, que están pendientes de su salud; convirtiendo la familia en un riesgo racional o irracionalmente. Este problema escapa a la concepción familiar, por temor a las críticas del entorno social, llegando a imaginar escenarios donde está etiquetada como “*drogadicta*”, dicha atmósfera actúa como un refuerzo ante ideas amenazante y una confianza familiar disminuida.

1.3.4. Área interpersonal

Relacionada al problema del episodio depresivo.

En relación al cuadro Depresivo Moderado, se puede obtener como consecuencias derivadas, una incomunicación constante, como una respuesta a procesos cognitivos cuyo contenido pesimista, autocrítico y de percepción amenazante generando un rechazo a interactuar con el entorno. Cabe aludir que la percepción de la paciente sobre un entorno amenazante, basado en las experiencias intrafamiliares y alimentado por las críticas constantes, implicando que los

problemas al interactuar tienden a mostrar cierta permanencia, reforzando el cuadro depresivo llegando a un proceso de gravedad mayor.

Relacionada al problema del uso de sustancias alcohol y marihuana.

Teniendo en cuenta esta área, las consecuencias relacionadas con el problema ha permitido que la paciente, desarrolle repulsión hacia su círculo amical, vergüenza, cotejos con sus pares, imaginación que divaga en creencia como que hablan mal de ella y la conflicto para afrontar contextos sociales adversos relacionados al aspecto físico. Aunado tenemos que históricamente denota una personalidad introvertida, restándole estimulación para encontrar y conservar amistades. Esta área no implica consecuencias adversas de manera directa; sin embargo, contribuye al fortalecimiento del autoconcepto negativo de la paciente. El consumo de marihuana favorece la aparición de pensamientos asociados a considerarse una “*drogadicta*”. Asimismo, este aspecto resulta poco estimulante debido a la retroalimentación de algunas amistades en redes sociales, ya que proyecta una imagen de mayor edad y recibe comentarios desfavorables.

1.3.5. Área física

Relacionada al problema del episodio depresivo.

El cuadro depresivo Moderado, ha generado dificultades relacionados a un sueño trastornado, inapetencia, cefaleas, impresión de pesadez constante, desgano y fatiga. No permitiendo realizar actividades placenteras en beneficio de su bienestar físico

Relacionada al problema de sustancias de alcohol y marihuana.

Teniendo en cuenta que mínimamente dos son consecuencias derivadas de problemas conductuales, un peso disminuido que llegó a los 50kg, talla 165 cm, estando dentro de la consideración de bajo peso. Del mismo modo se aprecia incidentes de amenorrea dentro del periodo de desregulación de hasta 6 meses, sueño alterado, apetito menguado, fatiga diaria. El consumo de marihuana ha generado en la paciente, incrementar niveles de atención aguda y temporal, enrojecimiento de los ojos, lentitud en el lenguaje, boca reseca.

1.3.6. Área de Hábitos / Manejo del tiempo libre

Relacionada al Episodio Depresivo.

Luego que la paciente acepta su episodio depresivo moderado, hizo que se dé cuenta que algunos hábitos como la afección al sueño, durmiendo pasada la medianoche descansando en consecuencia entre 4 y 5 horas solamente, intolerante con sus tiempos de ocio, resultado en espacios donde las ideas negativas sobre si, su entorno y futuro ocupan sus procesos cognitivos. El aliño personal conservado sólo por momentos, contrastando con las ropas holgadas en afán de disimular la delgadez, los maquillajes diferentes lidiando con excentricidad lidiando con variaciones frecuentes, permitiendo una desviación al aspecto físico externo.

Relacionada al problema del uso de Sustancias de alcohol y marihuana.

Las dificultades que acarrea la falta de apetito se reflejan en primer término en que no hay costumbres nutritivas adecuadas, los cuales escasean en contexto de orden y regularidad, al paso del tiempo. Ingiere alimentos en diferentes horarios del día, obviando el desayuno; el almuerzo tiene que ser en algún restaurant; ya que muy pocas veces cocina o simplemente no se alimenta por desgano y al no salir prefiere comer solo fruta o alguna ensalada de verduras o proteínas en horas de la tarde, existiendo días en donde incluso no se alimenta como debería. En estos dos últimos meses, el consumo de marihuana es de dos a tres veces a la semana y una vez por día, conformándose en un hábito poco saludable, y un sistema de resistencia al desinterés y a ansiedad por sus actividades, el cual es poco saludable y disfuncional.

1.3.7. Área productiva (académica / laboral)

Relacionada al problema del Episodio depresivo.

El pobre interés o la pobre motivación que tiene hace que presente dificultades a nivel cognitivo, concentración contenida de estimación disminuida, un futuro con pesimismo, no permite desarrollar en la paciente realizar su planificación de metas y/o objetivos concretos aplicados a su vida y asociados a su contexto.

Relacionada al problema del uso de Sustancias de alcohol y marihuana.

La paciente trabaja de manera eventual como Odontóloga, tiene su consultorio particular, es independiente, sin embargo, sus ingresos no son tan sustanciales como quisiera porque solo se dedica algunas horas a la semana un promedio 20 horas, lo cual cuando se ve deprimida recurre a su Padre para su alimentación, ya que él es el que asume los gastos de la vivienda.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES

2.1.1. *Depresión*

La depresión es una condición de alteraciones de ánimo principalmente negativas y en el comportamiento. Pudiendo comprender desde una sensación de tristeza respectivamente mínima hasta una percepción extremadamente negativista del entorno y la imposibilidad para desempeñarse de manera eficiente (Nance, 2010). Muestra dos particularidades esenciales como una disfunción cuantitativa de la conducta adaptativa, estado de ánimo disfórico, depresivo, variaciones del apetito, sueño disminuido o en exceso, problemas en la concentración, autocrítica constante, ideación suicida, se requiere la presencia de estos síntomas y que se mantengan por lo menos 14 días (Molina y Orihuela, 2022), se sabe además en este cuadro se afecta significativamente al funcionamiento cotidiano tanto personal, familiar, laboral y social.

La persona con episodios depresivos, puede manifestar una gama de síntomas, los mismos que según Belloch et al. (2008) se consiguen congregar en cinco, el primero hace referencia a síntomas del estado de ánimo donde la tristeza es la emoción predominante, no obstante, en estados severos pueden prevalecer estados de escasa reactividad emocional. También se observa una disminución progresiva de emociones positivas, dado que el cuadro depresivo suele estar escoltado de otras diferentes emociones más, lo que lo complica de gestionar; el segundo grupo consta de síntomas motivacionales y conductuales donde la apatía, escasa motivación, retardo psicomotor son las expresiones más frecuentes; un

tercero agrupa síntomas cognitivos los cuales están relacionados con fallas cognitivas así como deficiencias en el procesamiento cognitivo “desempeño”; un cuarto agrupa a síntomas físicos entre ellos dificultades en conciliar el sueño, o el sueño excesivo, gusto menoscabado, fatiga, mengua en la pretensión sexual, finalmente los síntomas relacionados a la socialización caracterizados por el retraimiento y un rechazo del entorno progresivo. Del mismo modo se precisa que la afección intrapersonal cuenta mínimamente con cuatro síntomas coligados al cambios en referencia al sueño, apetito, actividad, peso, conflicto en la toma de decisiones, emociones de culpabilidad, energía, pensar e ideación recurrente de muerte o suicidio (OMS, 2023).

Modelo Cognitivo de la Depresión.

La depresión como dificultad en la salud mental, puede considerarse como un síndrome habitual dentro del espectro del trastorno afectivo, manifiestamente puede producir alguna consecuencia al estímulo exterior o podría ser alguna forma de enfrentar realidades distintas por parte del individuo, tal cuadro manifiesta grados de gravedad diversos, determinado así el nivel de deterioro del paciente (Freeman y Oster, 2007). Bajo la figura cognitiva, el proceso depresivo es visto dentro de la interacción del modelo de diátesis – estrés, contemplando factores de mantenimiento, desencadenantes y vulnerabilidad del episodio depresivo y relacionado con eventos estresores o nocivos aumenta la posibilidad de aparición (Vázquez et al., 2010) es decir que, ante los mismos acontecimientos existe mayor propensión de quienes son más vulnerables. Estos elementos vulnerables son inherentes a la persona y es sobre lo que se debería trabajar.

Con relación al ítem, Beck et al. (1979) denota que el patrón cognitivo ante un episodio depresivo considera tres nociones claves donde se explica la psicología de la depresión, entre ellos (a) la triada cognitiva, (b) los esquemas (c) distorsiones cognitivas. El primer concepto, se integra bajo una visión negativa propia basada en autoconceptos inadecuados, del entorno donde todo está en contra y es hostil, finalmente una visión negativa del futuro donde los resultados serán considerados adversos (Toro-Tobar et al., 2016). En el segundo concepto los esquemas participan activamente en la interpretación de los acontecimientos lo cual se desencadena en conductas exteriorizadas, por un modo en el que hubiera pérdida (esquemas cognitivos), activación parasimpática (esquemas fisiológicos), congoja (esquemas afectivos) y retraimiento (esquemas conductuales) (Gabalda, 2013). Para el tercer concepto las distorsiones del pensamiento implican predisponerse a procesar información de forma inadecuada o negativa bajo las 6 distorsiones propuestas como son la Generalización, Abstracción Selectiva, Maximización/Minimización, Inferencia Arbitraria, Personalización y Pensamiento Absolutista (Álvarez et al., 2019).

Modelo de la Depresión en la Terapia Interpersonal.

Este proceso terapéutico interpersonal es de una aplicación específica y breve basado en la problemática interpersonal en relación al malestar afectivo presente; se desarrolla en base a tres fases: una inicial para el diagnóstico de índole psicoeducativo donde se evalúa las áreas interpersonales a trabajar, otra intermedia o focalizada donde las estrategias y planes alternativos de

comportamiento son determinados y la final o de determinación resumiendo el proceso y fijándolo (Romero et al., 2012).

Dentro de los requisitos para esta terapia es necesario una serie de condiciones adecuadas, disposición para el proceso terapéutico, apertura en cuanto a los sentimientos y la capacidad de establecer un vínculo con el terapeuta. Entre las generalidades a tener en cuenta se hace necesario estar centrado en perspectivas de disputas y roles ante conflictos íntimos y aspiraciones, del mismo modo es necesario examinar las transiciones del aquí y el hoy ante perspectivas de la niñez, consumo de antidepresivos constantes en un periodo entre 14 a 18 semanas (Millán-González y Solano-Medina, 2010).

Si bien es cierto que las terapias son empleadas dependiendo las características del paciente y su problema interpersonal, esta requiere según (Retamal et al., 1993) un proceso exploratorio donde los síntomas y problemas son extraídos de forma directa o indirecta; para luego comprender técnicas donde el paciente exprese, entienda y maneje sus emociones y afectos dañados; para continuar en un proceso de clarificación donde se hace notorio los contrastes o contradicciones entre la expresión afectiva y la discusión verbal con la finalidad de analizar los procesos comunicativos desde una comunicación no verbal o ambigua hasta una suposición de los mensajes emitidos y recibidos, todo ello dentro de un marco donde la única fuente de información reales la relación terapeuta – paciente. Para el cambio de conducta los consejos y sugerencias deben emitirse solo ante la ausencia de decisiones exitosas por parte del paciente; las

cuales deben ser estimadas en un corto o largo rango junto con las consecuencias para finalmente simular situaciones con la finalidad de fijar las correctas determinaciones o decisiones que han llevado a una mejoría por parte del paciente.

Perspectiva Diagnóstica de la Depresión CIE 10 y DSM-5.

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10 los incidentes depresivos ligeros, moderados o graves:

El paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas. Para el episodio moderado por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias (OMS, 2008, pp 317-321).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 el trastorno depresivo implica los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas 1. estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día. 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o

disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada. 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días. 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2014, pp 160-161).

2.1.2. Factores de Vulnerabilidad de la Depresión

La Herencia.

Las investigaciones demuestran con claridad un componente genético en la cercanía de la correspondencia biológica (en algunos casos un porcentaje de 50% de genes compartidos entre padres y hermanos) junto a la posibilidad de que una de ellas sufra de depresión, y que también se diagnostique al familiar biológico con el trastorno (Guadarrama et al., 2006; Mitjans y Arias, 2012; Silva, 2002). Estudios familiares flamantes revelan que la ascendencia de 1er grado ya sean hermanos, padres o incluso hijos con trastorno depresivo mayor, poseen alrededor de tres veces más posibilidades de afrontar un proceso de depresión que la población general (Sullivan et al., 2000). La influencia genética es más pronunciada en pacientes con depresión grave y síntomas depresivos endógenos. Un estudio reciente examinó por qué las experiencias estresantes provocan depresión en algunas personas y no en otras (Guadarrama et al., 2006).

La Edad.

Un elemento de riesgo a ser analizado para la depresión es la edad; un mayor porcentaje con riesgo de sufrir un episodio depresión según la edad se encuentra entre los 25 a 45 años; La depresión entre las damas decrece desde los 65 años y acrecienta, en contraposición, en los varones partiendo de los 65 años (Montesó-Curto y Aguilar-Martín, 2014). Se esbozan que con los años aumenta la depresión, a mayor edad mayor sometimiento va reduciendo la autonomía (Fernández et al., 2020), por lo tanto, el tratamiento y la rehabilitación son importantes para este grupo de edad.

El Género.

El predominio de los trastornos mentales en las mujeres se sitúa en trastornos psiquiátricos como la depresión, ansiedad y fobias (Montesó-Curto et al., 2011). En los estudios y referencias revisados, las mujeres tuvieron los peores resultados de salud mental y, en general, sufrieron depresión con más frecuencia que los hombres (Matud et al., 2006). Desde una perspectiva psicológica social, algunas personas creen que perciben más la depresión en las mujeres surge de condiciones derivadas de su inferioridad; el estatus social y el poder y la internalización de las expectativas asociadas, unos autores rediseñan los valores tradicionales, la "feminidad" es una forma de impotencia asimilada (Weissman y Klerman, 1977). Roles tradicionales de las mujeres, sugieren que los estereotipos y las condiciones sociales tienen varias consecuencias para las mujeres condiciones epistémicas contrarias a las afirmaciones

Experiencias traumáticas.

Tener en cuenta las experiencias traumáticas como un suceso amenazante al bienestar de un sujeto porque tiene consecuencias en la estructura psicológica y emocional, crea un comportamiento regresivo que deviene en la depresión u otras anomalías mentales (Martínez et al., 2016). La cantidad y gravedad de los acontecimientos traumáticos, la etapa donde se originan, incorporan componentes de peligro significativos para una adultez con patologías psicológicas (Weil et al., 2004). Como factores de riesgo los traumas a temprana edad son fuentes para diferentes afecciones psiquiátricas (Ballesteros et al., 2007; Cáceres-Taco y Vásquez-Bómez, 2013).

Factor educativo y familiar.

Entre los aspectos a tener en cuenta, para un proceso depresivo, se encuentra en bajo nivel educativo propiciando una mayor probabilidad de desarrollar un cuadro depresivo; lo cual implica limitaciones en la calidad de vida e incrementar la dependencia principalmente económica (Segura-Cardona et al., 2015). Este factor coadyuvante al bienestar del adulto también aduce a la reserva cognitiva, de manera que un individuo con mayor reserva cognitiva está en la capacidad de resistir y superar patologías más severas antes de que el mismo sea afectado, lo mismo pasa en una situación contraria (Giacoman et al., 2011).

La familia y sus obligaciones incorporan un valor fundamental en nuestra cultura más aún si el funcionamiento intrafamiliar implica un estilo para enfrentar problemas, expresar emociones, esgrimir pautas de convivencia y adecuar a los

escenarios de cambio (Flores-Pacheco et al., 2012). En referencia a la familia como un factor determinante se entiende que la mayoría de adultos deprimidos son viudos seguidos de cerca por lo que no tenían compañía alguna, ello debido a la importancia de las relaciones dentro de la sociedad y el factor de influencia en la calidad de vida entre los individuos adultos (Borda Pérez et al., 2013). Del mismo modo durante el proceso terapéutico recuperativo es necesario y en muchas veces imprescindible el soporte familiar adecuado, así como un motivo por el cual propiciar la recuperación (Laya-Jiménez et al., 2007); incluyéndolos en algunos casos dentro del proceso terapéutico pues su misma dinámica puede ayudar o ser perjudicial para el paciente y de lograr una mejora beneficiosa a cada uno de sus integrantes.

2.1.3. *Tratamiento de la Depresión*

Tratamientos Farmacológico.

En los años recientes, las pesquisas continuas han revelado una amplia gama de antidepresivos que son fáciles de usar, eficaces y tienen efectos secundarios mínimos, los cuales tienen las siguientes características: Alta eficacia, fácil administración, poca interacción se pueden combinar con casi cualquier otro medicamento, no son adictivos, reacciones adversas mínimas. Los antidepresivos regulan la actividad entre los neurotransmisores y se dividen según los neurotransmisores sobre los que actúan: serotonina, serotonina y norepinefrina, norepinefrina. Los efectos secundarios de los antidepresivos son reversibles, es decir, desaparecerán después de dejar de tomarlos, sin dejar efectos duraderos, sin importar cuánto tiempo se tome (Gastó y Navarro, 2008).

Los antidepresivos provocan somnolencia sólo en el 5% de los casos, en ocasiones inducen el sueño, pero los efectos son leves y no interfieren con las actividades normales del paciente; tomar antidepresivos no suele hacer que aumente el peso. Sólo el 10% de los pacientes incrementa su peso, rara vez hasta 4 o 5 kg. Quizás la dificultad más significativa de los antidepresivos es el inicio de su efecto ya que deben transcurrir por lo menos 2 semanas. Las mejoras clínicas generalmente se observan solo en la 3ra o 4ta semana de medicación, y el efecto máximo se alcanza después de 10 a 12 semanas (Bogaert García, 2012). Es necesario precisar que un tratamiento basado sólo en este factor ronda una opaca utilidad, se entiende que un tratamiento adecuado contempla una gama de componente para la recuperación y reinserción del paciente.

Tratamiento Psicológico.

En los procesos terapéuticos existe una amplia gama, para esta investigación abordaremos el proceso desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) el que está centrado y constituido en la dificultad, donde se procura que el enfermo cambie su conductas, inclinaciones, emociones y respuestas funcionales inadecuadas por otras más adecuadas al enfrentar sus problemas. Entre sus objetivos Puerta y Padilla (2011) indican las siguientes: reducir el pensamiento anormal, acrecentar destrezas de autorregulación, perfeccionar las capacidades de resolver inconvenientes, optimizar el reforzamiento efectivo y ampliar destrezas interpersonales.

Por su parte Izal et al. (2003) menciona que a través de esta terapia se trata de que el individuo con cuadro depresivo asimile destrezas cognoscitivas y de conducta permitiéndole retar y reemplazar esquemas de pensamiento inconscientes y desfigurados con pensamientos reales, aumentar la estimulación de las personas para ejecutar ciertas acciones, ayudándolas a mejorar su estado de ánimo y sentirse mejor. Ello dentro del marco en el cual algunas investigaciones consideran la TCC mejor que otras terapias por ser más significativa en procesos cognitivo y la resolución de problemas estos procesos terapéuticos son significativamente más eficaz después del tratamiento y más eficaz que la terapia de resolución de problemas en el seguimiento (Zhou et al., 2017).

Limitar la duración de la TCC consigue un beneficio para los mayores con enfermedades comórbidas que impiden la participación en un tratamiento a extenso plazo; otro beneficio de la TCC es centrarse en el "aquí y ahora" y no en las usanzas de la niñez como origen de la mejora. También es un enfoque "fácil de usar", ya que integra diversa información escrita y enseña a los pacientes a escribir su propio progreso del tratamiento; finalmente, la TCC enfatiza la naturaleza educativa del tratamiento, que resulta atractivo para los adultos mayores a quienes a menudo les resulta difícil admitir que padecen un trastorno mental (Solano & Gallagher-Thompson, 2001). Previo al inicio de un tratamiento TCC es básico establecer el estado cognoscitivo del enfermo, tal información favorecerá un tratamiento apropiado añadiendo las expectativas alrededor de la terapia.

Finalmente Gatz et al. (1998) desarrollaron una exploración exhaustiva de diversas psicoterapias para adultos mayores concluyó que la TCC es un procedimiento eficaz en adultos mayores que viven con depresión sin signos de menoscabo cognitivo, psicopatología comórbida imperceptible fuera de ideación suicida. Complementando (Solano & Gallagher-Thompson, 2001) indica que dicha terapia facilita el uso de la TCC en el procedimiento contra la depresión en individuos adultos con dificultades de salud y detrimento cognitivo, conjuntamente con individuos sanos. En conclusión, la TCC se construye sobre una propuesta teórica integrada de interacción biopsicosocial, que tiene en cuenta niveles de análisis muy diferentes: el nivel biológico, el nivel psicológico, incluyendo variables cognitivas y variables conductuales (reducción de refuerzo) (Alvarado Rodas, 2022; Gatz et al., 1998; Solano y Gallagher-Thompson, 2001; Zhou et al., 2017).

2.2. Perspectivas diagnósticas Alcohol y Sustancias

2.2.1. Diagnóstico del alcoholismo CIE-10 y DSM-5

Según la determinación de la OMS mediante el CIE-10, este problema, se encuentran bajo la denominación de "Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol". Con la finalidad de diagnosticar el sometimiento deben estar presentes al menos 3 de los siguientes 6 criterios durante el último año:

Un fuerte deseo o sentido de compulsión para consumir alcohol.
Dificultades para controlar el comportamiento de consumo de alcohol en términos de su inicio, terminación o niveles de consumo. Un estado de abstinencia fisiológica cuando se interrumpe el consumo de alcohol o se reduce, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma sustancia (o una estrechamente relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. Evidencia de tolerancia, como se define por la necesidad de dosis marcadamente mayores de

alcohol para lograr efectos que anteriormente se conseguían con dosis más bajas. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o intereses a favor del uso de alcohol, aumento de la cantidad de tiempo necesario para obtener o tomar alcohol o para recuperarse de sus efectos. Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de la evidencia clara de consecuencias perjudiciales, como daño al hígado por consumo excesivo de alcohol, estados depresivos tras períodos de consumo intensivo o deterioro de la función cognitiva. (OMS, 1995, pp, 304 - 307)

Para la APA mediante el DSM 5 con el término "Trastorno por consumo de alcohol" para su diagnóstico, se requiere 2 de los subsiguientes 11 criterios en una etapa de 12 meses. La severidad del trastorno es establecida por la cantidad de criterios encontrados: leve (2-3 criterios), moderado (4-5 criterios) y grave (6 o más criterios):

Consumo de alcohol en cantidades mayores o durante un período más largo de lo previsto. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el consumo de alcohol. Gran parte del tiempo invertido en actividades necesarias para obtener, usar o recuperarse de los efectos del alcohol. Craving, o un fuerte deseo o impulso por consumir alcohol. Uso recurrente de alcohol que resulta en un incumplimiento de las obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar. Uso continuado de alcohol a pesar de tener problemas sociales o interpersonales recurrentes o persistentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas son reducidas o abandonadas debido al uso de alcohol. Uso recurrente de alcohol en situaciones en las que es físicamente peligroso. Uso continuado de alcohol a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente ha sido causado o exacerbado por el alcohol. Tolerancia, definida por la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir la intoxicación deseada o un efecto notablemente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de alcohol. Síndrome de abstinencia, manifestado por el desarrollo de un síndrome característico para el alcohol o el uso de la sustancia (o una sustancia estrechamente relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (APA, 2014, pp, 490 - 491)

2.2.2. Diagnóstico de sustancias CIE-10 y DSM-5

La OMS mediante el CIE-10, titula el consumo de sustancias como los "Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias

psicoactivas". El diagnóstico deben estar presentes 3 o más de los criterios en el actual año:

Un fuerte deseo o sentido de compulsión para consumir la sustancia.
Dificultades para controlar el comportamiento de consumo de la sustancia en términos de su inicio, terminación o niveles de consumo. Un estado de abstinencia fisiológica cuando se interrumpe el consumo de la sustancia o se reduce, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma sustancia (o una estrechamente relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. Evidencia de tolerancia, como se define por la necesidad de dosis marcadamente mayores de la sustancia para lograr efectos que anteriormente se conseguían con dosis más bajas. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o intereses a favor del uso de la sustancia, aumento de la cantidad de tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia o para recuperarse de sus efectos. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de la evidencia clara de consecuencias perjudiciales, como daño al hígado por consumo excesivo de alcohol, estados depresivos tras períodos de consumo intensivo o deterioro de la función cognitiva. (OMS, 1995, pp. 304 - 306)

Por su parte el APA y su DSM-5 constituyen el uso de sustancias como "Trastornos de consumo de sustancias" para diagnosticar el trastorno por abuso de sustancias se fundamenta en al menos 2 de los 11 criterios dentro de los 12 meses pasados:

La sustancia a menudo se toma en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo previsto. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de sustancias. Se dedica mucho tiempo a las actividades necesarias para obtener la sustancia, utilizarla o recuperarse de sus efectos. Hay un anhelo, o un fuerte deseo o impulso, de usar la sustancia. Hay un consumo recurrente de sustancias que resulta en el incumplimiento de las principales obligaciones de rol en el trabajo, la escuela o el hogar. Existe un uso continuado de sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. Las actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes se renuncian o reducen por consumo de sustancias. Existe el consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que es físicamente peligrosa. El consumo de sustancias se continúa a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia. La tolerancia se desarrolla a la sustancia, tal como se define por: Necesidad de cantidades notablemente incrementadas de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado. Hay un

efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia. Los síntomas de abstinencia ocurren cuando el consumo de sustancias se reduce o se detiene después de un período de uso prolongado. La severidad del trastorno se determina por el número de criterios presentes: leve (2-3), moderado (4-5), y grave (6 o más). (Ernstmeyer y Christman, 2024, sp.)

2.3. Antecedentes

2.3.1. Internacionales

En relación a las variables afectivas y consumo de sustancias como alcohol y marihuana se puede indicar algunos estudios realizados siendo los siguientes; en Cuba el título es “Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas” cuya finalidad fue “detectar síntomas de depresión y ansiedad en un grupo de pacientes sujetos a adicción a sustancias psicoactivas”. Este estudio descriptivo transversal, se realizó en pacientes en proceso de deshabitación, en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" en 2017. Se conformó por 88 pacientes de entre 18 hasta los 65 años, se usaron el inventario de ansiedad característica - estado (IDARE) y de depresión característica - estado (IDERE). Los efectos denotan que, 21 hombres y 9 mujeres, mostraron depresión alta, moderada en 18 hombres y 2 mujeres, y baja en 21 hombres. Los individuos que mostraron niveles más altos de ansiedad fueron de género masculino, de entre 41 y 50 años y con educación secundaria.

También aludimos el estudio titulado “Comorbilidad entre síntomas depresivos y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados por enfermedades no psiquiátricas” tenía por meta “Establecer la relación entre síntomas de Depresión y uso de sustancias en pacientes internados por padecimientos crónicas

y agudas en un Centro Hospitalario Público”. Este análisis es descriptivo y de índole transversal, se obtuvo datos de 296 pacientes de 18 a 65 años a los que se les administró el PHQ-9 y el ASSIST 3.0 con la finalidad de establecer la prevalencia de sintomatologías de depresión y uso de sustancias psicoactivas; además, se consideraron elementos sociodemográficos y médicos. Los hallazgos indicaron que el 50,7% eran mujeres de 41 años y con una categoría Inter cuartil de 27 años. El 27,4% de los pacientes presentaron síntomas de depresión de intensidad moderada-intensa. En los últimos tres meses, el alcohol ha representado el elemento de consumo más alto, con un 53,7%, continuando por el tabaco (47,6%), la marihuana (26,7%) y la cocaína (14,5%). Se detectó una correlación relevante entre síntomas severos de y el uso perturbador de alcohol, cannabis y cocaína.

El siguiente estudio es “Depresión y consumo de alcohol en mujeres comorbilidad, prevalencia y factores asociados” siendo los Autores: María Asunción de Pablos Vicente de la Universidad de Murcia (España) en 2018. El propósito de la pesquisa era entender en el marco de la Atención Primaria de Salud, la prevalencia de trastorno depresivo en el presente y durante toda la vida en mujeres es constante y a lo largo de la vida, así como su vínculo con la prevalencia de consumo de alcohol y factores asociados, como la presencia de trastornos depresivos o abuso/dependencia al alcohol. El grupo final consistió en 256 mujeres adultas que acudieron a Atención Primaria. En la compilación de datos, se usó una encuesta, la cual incluyó a mi personalidad: 1. Aspectos sociodemográficos, 2. Variables vinculadas al uso de tóxicos: patrón de abuso de

alcohol, frecuencia y cantidad, además se aplicó el Cuestionario Cage (cribado del consumo de alcohol riesgoso o abusivo/dependencia), y los criterios de calificación para el síndrome de dependencia alcohólica (DSM-V), 3. Variables relacionadas con la depresión: DIS III R (evaluación de la depresión durante toda la vida), y Escala de Beck (evaluación numérica de la existencia de depresión). La investigación estadística se desarrolló a través del software SPSS 24.0, utilizando el análisis univariante, bivariante y multivariante. Las conclusiones fueron: El 11,7% de las mujeres experimentaron el uso del alcohol siendo de riesgo, el 9,8% sufrió abuso/dependencia y el 5,5% sufrió dependencia. El uso de alcohol con riesgo y/o adicción se realiza principalmente en el hogar y/o en eventos, con un consumo medio de alcohol por día en el último mes que supera los 50 g. Durante el estudio, la prevalencia de depresión era del 38,67% y el 25,39% experimentaron un episodio de depresión durante varios años. El periodo medio de duración del episodio de depresión ha sido de 25 meses. Existe una correlación significativa y positiva entre el grado de depresión y la cantidad de alcohol consumidos diariamente. El porcentaje de convivencia entre depresión y episodios de consumo de alcohol varía entre el 3,5 y el 6,6%. La mayor ingesta de alcohol y la depresión muestran una alta prevalencia, comorbilidad y morbimortalidad. Las acciones preventivas orientadas a mujeres con alta probabilidad de padecer consumo de alcohol y/o depresión, al igual que las acciones preventivas orientadas a mujeres previamente identificadas, deben ser metas primordiales en la Atención primaria de Salud.

Asimismo, se va a mencionar la tesis “Relación entre el alcoholismo y la depresión en población adulta” – autora Alba Arboledas Acedo – España. La investigación indica que el uso de alcohol es uno de los elementos de peligro más trascendentales para la salud y causa la muerte de más de 3 millones de personas cada año en España. De acuerdo con la OMS, existen más de 300 millones de individuos a nivel global que padecen de depresión, una condición que se considera una de las principales causas de incapacidad. El trastorno se distingue por sus elevados niveles de comorbilidad, obstaculizando en gran magnitud el pronóstico favorable de los trastornos, y consecuentemente, su procedimiento exitoso. Los datos indican que si se realiza la hipótesis prevista. Los hallazgos revelaron la existencia de incrementar el peligro de adquirir una subalterna enfermedad. Los individuos que ingieren alcohol poseen una expectativa más alta de sufrir depresión, Así pues, el alcohol representa un elemento de peligro para la depresión. Esta comorbilidad provoca un riesgo de muerte si no se maneja correctamente, lo que resalta la relevancia de seguir explorando la correlación existente para poder crear metodologías y procedimientos adaptables a las exigencias de los pacientes.

El “Estudio de la Prevalencia de la Comorbilidad entre el Distrés Psicológico y el Abuso de Drogas en Usuarios del Portal Amarillo, Montevideo – Uruguay” autores Diana Doménech, Robert Mann, Carol Strike, Bruna Brands y Akwatu Khenti. Se menciona que la comorbilidad psiquiátrica en individuos con trastornos afines con el uso de alcohol y otras sustancias es muy común, se ven perjudicados en cuanto a la salud personal y familiar, y produce costos más

elevados. Este análisis epidemiológico multicéntrico y transversal que 134 pacientes de más de 18 años que recibían tratamiento. Hace referencia a los rasgos sociodemográficos, uso de drogas, funcionamiento familiar y nivel de satisfacción de los usuarios. Para recopilar datos se hicieron uso de los cuestionarios EULAC-CICAD, K-10 y APGAR-familiar. El 71.6% presentó una prevalencia de distrés severo y muy severo; el 90.6% expresó sentirse contento con la atención brindada y el 48% consideró que su familia no mostraba ningún problema disfuncional. Por ende, también es imprescindible considerar la existencia de comorbilidad psiquiátrica en el cuidado a enfermos con alteraciones por el uso de sustancias en centros de terapia.

2.3.2. Nacionales

Así mismo en la pesquisa “Frecuencia de Ansiedad y Depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación, Chiclayo-2019”. El estudio tuvo como finalidad detallar la incidencia de ansiedad y depresión en los usuarios de sustancias psicoactivas en ambientes de rehabilitación de la ciudad de Chiclayo durante el año 2019. Material y procedimientos: Se realizó una investigación descriptiva de tipo transversal. Se incorporaron 5 ambientes y se llevó a cabo un padrón. Se utilizaron la escala de Hamilton para la ansiedad y la depresión. De la misma forma, se ejecutó un análisis univariado y bivariado a través de Stata 14. Conclusiones: Se realizaron 150 encuestas. El cociente de edad fue de 25 años, siendo el 97,33% hombres. Los índices de depresión y ansiedad se ubicaron entre 138/150 (92 %) y 135/150 (90 %) respectivamente, mientras que los índices de depresión grave/extremadamente

grave y ansiedad elevada fueron 99/150 (66%); un 8% comunicó que "la vida no merece ser vivida", y un 8,67 % expresó que "la vida no merece ser vivida", mencionó el anhelo de estar extinto o pensar en la posibilidad de fallecer, un 8,67% mencionó pensamientos de suicidio o amenazas y un 5,3 % habían intentado suicidio. Las sustancias más frecuentemente consumidas incluyeron: alcohol 117/150 (78 %), marihuana 100/150 (66,6 %) y cocaína 86/150 (57,33 %). Se detectó una correlación entre el consumo de alcohol y la depresión ($p=0,043$). Los individuos que consumen sustancias psicoactivas presentaron un alto índice de depresión, ansiedad e ideación de suicidio. La sustancia más usada fue el alcohol, luego la marihuana y la cocaína, y se halló una correspondencia entre el consumo de alcohol y la depresión.

El "Estudio de caso de una mujer consumidora de alcohol que acude a un Centro de Salud Mental comunitario". Autora Serna Martinez, Juana Rosamaria - Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se realizó un estudio de diseño de caso único para desistir de conductas adictivas que conducen al consumo compulsivo de alcohol y fortalecer la personalidad, la familia y los dominios socioemocionales en una mujer de 31 años. Conclusión: Una mujer de 31 años presenta patrones clínicos de personalidad evitativa, patología de personalidad esquizofrénica severa y un síndrome clínico de dependencia de sustancias similar al abuso de alcohol a nivel familiar, la persona a evaluar no necesita contacto cercano con familiares. A nivel socioemocional, se comportó ansioso, deprimido, triste y solitario. Debido a su perfil, el paciente no cooperó con métodos para limitar el consumo problemático de alcohol. Sin embargo, hubo efectos

beneficiosos sobre las conductas problemáticas de los pacientes, los efectos de los métodos utilizados han sido estudiados científicamente y la planificación es parte de los principios fundamentales del aprendizaje y el comportamiento humano en los que este enfoque se centra específicamente en su trabajo. tratamiento.

Mencionamos el “Caso clínico de trastorno de conducta alimentaria tipo anorexia nerviosa, episodio depresivo moderado y consumo de tabaco, en una paciente mujer de 18 años”. Autor Flores Laime, Elvis Ludwing- Universidad Peruana Cayetano Heredia. La investigación realizada bajo la modalidad de estudio de caso, presentó a una dama de 18 años, con problemas en su conducta alimentaria lo cual devino en un diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria tipo anorexia nerviosa, junto a una depresión moderada y consumo de tabaco; proponiendo una intervención psicoterapéutica adscrita al enfoque cognitivo conductual mediante la cual las técnicas esgrimidas son sostenidas bajo el modelo de Fairburn donde se hace hincapié justamente en los trastornos mencionados; recomendando bajo las evidencias, si el caso contara con comorbilidades adscrita al trastornos afectivos y consumo de sustancias, el plan de intervención debiera contemplar el abordaje de las áreas diversas como: emocional afectiva, cognitiva, física, hábitos, familiar interpersonal y productiva. Como materiales para recolectar según la línea base, se usaron los instrumentos psicométricos tales como el Cuestionario de trastornos de conducta alimentaria EDI-2, denotando indicadores dominantes de obsesión por el adelgazamiento, descontento corporal, ineficacia, inseguridad social perfeccionismo, bulimia, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, impulsividad. Del mismo modo se procedió a emplear el

Inventario de depresión de Beck BDI 2, con apreciación total de 43 estimado como severo. El test de localización de ingesta de tabaco, alcohol y otras sustancias, ASSIST cuya calificación indica un riesgo moderado en la paciente; ulterior al proceso de intervención, luego de 05 meses con sesiones cuya frecuencia fue de 01 vez por semana, se apreció la baja en el puntaje de las escalas que reflejan los síntomas de la Anorexia Nerviosa, impulsividad e inseguridad social; en la escala de Beck consiguió un puntaje de 15 considerado de severidad leve, y el puntaje de la prueba de ASSIST, la ubica en un riesgo leve; es significativo indicar que dado el estudio fue de caso único, en esencia fue exitoso, así mismo los resultados ha de tomarse con precaución.

El siguiente estudio que mencionamos es “Consumo de Marihuana y Sintomatología Depresiva En Estudiantes Universitarios De Lima Metropolitana”. Este análisis examinó la correlación entre el riesgo de consumo de cannabis y los síntomas depresivos en un conjunto de alumnos universitarios de Perú. La participación fue de 120 alumnos universitarios de 18 a 29 años, tanto hombres como mujeres, eran proveniente de diferentes universidades de Lima Metropolitana. Se hizo uso de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.0), la versión Argentina del Inventario de Depresión de Beck – II (BDI – II) y una ficha de información sociodemográfica. Los hallazgos mostraron una correlación mínima y directa entre el peligro de consumo de cannabis y los síntomas de depresión. Los participantes estuvieron en un nivel de peligro moderado de consumo de marihuana y en un nivel mínimo de síntomas de depresión. Además, se menciona que la edad inicial de la depresión

no mostró una correlación con los síntomas depresivos. Además, no se observó diferencias entre sexos en relación a las variables afectadas. Por último, las razones para estos logros fueron que se informaron las restricciones del estudio. Los hallazgos aportan a una mayor comprensión de ciertos problemas afines con la salud física y mental.

También se puede analizar la siguiente tesis “Depresión y consumo de alcohol en estudiantes de una Universidad Privada de Arequipa (2023)”. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en estudiantes de una institución privada de Arequipa en el año 2023. La muestra estuvo compuesta por 348 estudiantes universitarios de entre 17 y 46 años con campos de investigación de instituciones privadas. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el Alcohol Use Disorders Identification Test (Review), que incluye 10 preguntas, y el Beck Depression Inventory BDI-II, que incluye 21 preguntas. El cuestionario se cumplimentó de forma individual y previo consentimiento de los estudiantes. En cuanto a la edad, el 95,1% tenía entre 17 y 26 años. En cuanto al género, entre los niveles de depresión encontrados en la muestra el 53,3% eran hombres, el 49,1% presentaba el nivel más bajo de depresión, el 32,2% estaba en riesgo y la mayoría de las personas con depresión leve presentaban consumos de riesgo (40,7%). En resumen, el valor de significancia utilizando chi-cuadrado es menor a 0.05 ($p = 0.00$), lo que muestra la relación entre el nivel de depresión y el consumo de alcohol entre estudiantes de la universidad privada de Arequipa (2023).

CAPÍTULO III: EVALUACIÓN

3.1. Técnicas o Métodos de evaluación

3.1.1. *La observación psicológica*

Es el procedimiento pilar y fundamental de la entrevista psicológica, incluye la presentación del individuo, en la que se persiguen aspectos como: aspecto general, formas de presentación, gestos y volumen de voz, lo que proporciona inicialmente un perfil basado en diferencias personales. Desde otro punto de vista el observar denota un perfil personal, la capacidad empática y el grado de sociabilización. (Aguirre, 2016)

3.1.2. *La entrevista psicológica*

Se caracteriza como un proceso interactivo, con un objetivo bien definido y orientado; esto conlleva a una organización temporal y se establecen claramente los roles interpersonales, una guía de interacción y otro es evidentemente el interrogado, es importante tener en cuenta el no juzgar al entrevistado para poder interiorizar y lograr una adecuada confianza en el tratamiento de la información vertida (Ibid). Tal proceso no solamente por cumplir con normas de confidencialidad, es importante por determinar una relación evaluador y evaluado de forma fluida dejando de lado barrera alguna y guiando el proceso a cumplir objetivos bajo tal guía.

3.1.3. *Pruebas psicológicas*

El propósito de aplicar los instrumentos es conocer y validar las respuestas del paciente relacionándolo a un problema determinado, el cual debiera estar

vinculado en forma directa al proceso o un modelo terapéutico, al considerar la TCC, toda evaluación realizada ha de amoldarse al sistema de respuesta triple considerando el organismo, el estímulo, la respuesta, y las secuelas reforzantes (Ibid). Los cuales deben ser verificables.

3.2. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos para la evaluación fueron seleccionados por criterio del profesional Psicólogo para el área de terapia psicológica y que cuenta la institución donde se brinda la atención para el cumplimiento de la valoración, lo cuales son estandarizados siendo el argumento central del presente estudio de caso, se manejaron tres instrumentos, determinados y elegidos por discernimiento clínico del profesional, a partir de la hipótesis generada durante la entrevista clínica:

3.2.1. *Inventario Clínico Multiaxial de MILLON IV*

Autor: Theodore Millón su Procedencia es Estados Unidos; Año de publicación 2005 y adaptado el 2018 al habla hispana. Este instrumento permite evaluar la personalidad utilizado para la toma de decisiones sobre el tratamiento de individuos con trastornos de la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales. El tiempo de aplicación promedio es de 45 minutos promedio. Consta de 195 items teniendo respuesta como verdadero y falso. Los aspectos variados de la personalidad patológica que son acopiadas en 26 escalas:

- 4 escalas de fiabilidad y validez
- 10 escalas básicas de personalidad

- 24 de personalidad patológica;
- 6 síndromes clínicos de gravedad moderada
- 3 síndromes clínicos de gravedad severa siendo de uso clínico (Hernández et al., 2017; Millón, 2002).

3.2.2. *El Inventario de Depresión de Beck BDI-II.*

Autores: Aaron Beck, Robert Steer, Gregory Brown. Procedente de los Estados Unidos de América para el año del 2009. Se puede utilizar dentro del ámbito clínico como un instrumento que esgrime la determinación de la severidad de los síntomas depresivos, una vez que el paciente describa dentro de las preguntas el diagnóstico psiquiátrico. Utilizarla como instrumento de diagnóstico es posible, siempre y cuando no se dejen de lado otras comorbilidades psiquiátricas.

- El tiempo de administración es de 5 a 10 minutos.
- Las puntuaciones se basan en la asignación de la respuesta a una determinada alternativa, la cual oscila entre 0 a 3 puntos.
- Su interpretación se da en base en rangos de 0 a 13 mínimo; 14 a 19 leve; 20 a 28 moderado y 29 a 63 severo.
- Los síntomas evaluados son 21: Tristeza, Fracaso, Pesimismo, Pérdida de placer, Disconformidad con uno mismo, Sentimiento de culpa, Sentimiento de castigo, Autocrítica, Pensamientos o deseos suicidas, Llanto, Agitación, Pérdida de interés, Indecisión, Desvalorización, Pérdida de energía, Cambios en los hábitos de sueño, Irritabilidad, Cambios en el

apetito, Dificultad de concentración, Cansancio o fatiga y Perdida de interés en el sexo (Sanz et al., 2014; Sanz y Vásquez, 2011).

3.2.3. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras sustancias, ASSIST.

Procedencia: OMS y Organización Panamericana de la Salud Año 2011. El objetivo del cuestionario ASSIST, nos indica la calificación de riesgo para cada sustancia evaluada como Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes tipo anfetamina, Inhalantes, Benzodiazepinas, Alucinógenos, Opiáceos, Otras sustancias. Interpretación de puntuaciones: El cuestionario ASSIST, otorga un valor de riesgo a cada sustancia estimada: sobre Alcohol 0 a 10 riesgo bajo, 11 a 26 riesgo moderado y 27 a más riesgo alto; para otras sustancias se valora de la siguiente manera de 0 a 3 riesgo bajo de 4 a 26 riesgo moderado y de 27 a más riesgo alto, el riesgo bajo indica la baja probabilidad de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol o sustancias. El riesgo moderado implica una alta probabilidad de ostentar problemas afines con el consumo de alcohol entre ellos problemas de índole físico u otro tipo. El riesgo alto indica la posibilidad eminente de desarrollar problemas de dependencia, con severas afectaciones en las áreas social, económico, legal, e interpersonales (OMS, 2011; Rubio et al., 2014).

3.3. Procedimientos de evaluación

Paciente de 43 años es atendida en el servicio de Salud Mental, recibiendo la atención en el consultorio de psiquiatría de acuerdo a los protocolos

establecidos, dicho experto instituyó su diagnóstico diferencial y precisó las cuantificaciones de procedimiento requerido, derivando a la paciente posteriormente al área psicológica, para su respectivo abordaje complementario. La paciente recibió atención psicológica, en una primera atención psicológica se desarrolló su Historia Clínica y observación conductual inicial, destacándose las áreas principales a evaluar con el fin de establecer de forma objetiva el plan de abordaje, en una segunda, tercera y cuarta entrevista se desarrolló la debida evaluación empleando instrumentos señalados en el apartado 3.2, con los respectivos resultados obtenidos. Es prudente señalar que dicho proceso de evaluación forma parte de un esquema preestablecido en la Guía técnica para la Atención de Salud Mental de las Personas con intoxicación alcohólica del Ministerio de Salud – Hospital de nivel II-2 para personas con intoxicación alcohólica; cumpliendo con la Valoración y diagnóstico, de la quinta a la novena sesión se ejecuta el Plan de Atención Individualizada y Estrategias motivacionales para asegurar la adherencia al tratamiento y Psicoeducación.

3.4. Presunción Diagnóstica del Problema

La evaluación psiquiátrica señaló como diagnóstico, basado en los parámetros estipulados en el CIE – 10, determino:

- ✓ F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol.
- ✓ F12.10 Abuso de cannabis

La evaluación psicológica señaló como diagnóstico complementario al anterior, basado en los parámetros estipulados en el CIE - 10 determino:

- ✓ F32.1 Episodio Depresivo Moderado

3.5. Resultados obtenidos de cada Instrumento

3.5.1. *Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad MILLON IV*

Tabla 1

Resultados cuantitativos de la prueba MILLON IV - PRETEST

Puntuación	Patológica	Nivel de severidad
80	Patrón clínico de Personalidad Negativista	Indicador Moderado
85	Patología Severa de Personalidad Paranoide	Indicador Moderado
105	Síndrome Clínico Consumo de alcohol	Riesgo Psiquiátrico
105	Síndrome Clínico Consumo de drogas	Riesgo Psiquiátrico

Resultados cualitativos de la prueba MILLON IV - PRETEST

Patrones Clínicos de Personalidad Negativista. resistente a consumir las perspectivas de los demás y, por ello, a menudo actúa con procrastinación e ineficiencia, y se muestra obstinada, opositora e irritante. Se siente impulsada a comportarse con resentimiento, y exterioriza la satisfacción que les produce socavar los placeres y las aspiraciones de los demás. Se ve a sí misma como incomprendida, desafortunada, poco valorada y menospreciada por los demás. Reconoce que está particularmente insatisfecha y desilusionada con la vida. Tiene baja tolerancia a la frustración, y puede ser impaciente, irritable e inquieta a menos que las cosas salgan como quieren.

Patología Severa de Personalidad Paranoide. actúa con reserva y una extraordinaria suspicacia para protegerse con antelación a los engaños y la malicia de los demás. Son obstinados y se resisten imperturbablemente a las influencias externas que puedan recibir, y a ser controlada de algún modo. Se muestra tensa e inquieta, con una irritabilidad desagradable y una actitud defensiva constante que los lleva a saltar ante la más mínima ofensa real o percibida. Tiende a interpretar erróneamente acciones inofensivas como pruebas de hipocresía o de conspiración por parte de su familia (bromas o conversaciones que se lo toma de manera personal). Capta cualquier detalle por minúsculo que sea al asistir a reuniones con la familia o amigos lo magnifica y/o distorsiona sintiendo irritabilidad o molestia mostrándose hipersensible, creando las peores expectativas personales y familiares

A nivel de Síndrome Clínico Consumo de alcohol y drogas. indica que la paciente ha asumido una historia de abuso de alcohol y drogas, como ella misma lo señala en la entrevista inicial al alcohol y la marihuana, posee dificultades para dominar sus reacciones frente a ciertas instigaciones dentro de los parámetros socialmente adaptativos, prioriza la necesidad de consumir alcohol o marihuana por encima de su bienestar o el de las personas importantes a su alrededor, ha tenido intentos por cesar el consumo pero sus recursos psicológicos son insuficientes para lograrlo.

3.5.2. Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Resultados cuantitativos del BDI-2. Resultados del BDI-2: Puntuación de 27 categorizado en grado Moderado

Resultados cualitativos del BDI-2. Las secuelas generales muestran una depresión de intensidad moderada, según los cuales la paciente presenta: tristeza la mayor parte del día aun dentro de sus labores al borde de dejarlos de lado, la ideación de desesperanza al futuro es recurrente, se considera fracasada aun cuando ha logrado terminar una carrera, anhedonia por sus actividades, los sentimientos de culpa asociados a varias experiencias, siente decepción sobre sí misma, tiende a autocriticarse. En su tiempo libre contempla ideas de muerte, con llanto frecuente, tomar decisiones limitada, tiende a la desvalorización, percibe una disminución considerable de la energía, denota episodios de hipersomnia, se muestra irritable de manera ocasional especialmente al recordar a su madre, su apetito es disminuido en algunas ocasiones ni injiere alimentos en todo el día, la capacidad de concentrarse se ve alterada, siente cansancio que le perjudica el inicio y mantenimiento de sus actividades, finalmente refiere poco interés por actividades de tipo sexual.

3.5.3. Prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST)

Resultados cuantitativos del ASSIST. Sustancias que consume la paciente: Alcohol con una puntuación de 21, siendo el nivel de riesgo moderado marihuana con una puntuación de 22, siendo su nivel de riesgo moderado

Resultados cualitativos del ASSIST. Las sustancias evaluadas son el consumo de alcohol y marihuana, se aprecia el siguiente patrón de consumo, en los últimos tres meses se aprecia un consumo de 2- 3 veces por semana, sintiendo los deseos intensos de fumar marihuana o consumo de alcohol entre 1 a 2 veces al día, no se aprecia consecuencias mayores en el área legal y social no dejo de hacer actividad alguna por dedicarse a consumir, algunos amigos han mostrado preocupación por su forma de fumar marihuana, intentó eliminar el consumo sin resultados significativos.

CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN

4.1. Problema delimitado

Para la metodología, se estableció el diseño de estudio de caso, siendo este un evento único y extremo, estimada de forma profunda y compleja. Acorde con el planteamiento del problema, como táctica de investigación, se propuso un estudio de caso clínico de episodio depresivo moderado, consumo de alcohol y marihuana en una paciente de 43 años. El tratamiento conveniente ha sido desde la Perspectiva Cognitiva Conductual teniendo en cuenta que la paciente se encuentra en la capacidad de aprender a identificar y corregir tanto los pensamientos como las conductas problemáticas que la llevan a consumir sustancias y poder así prevenir recaídas.

4.2. Objetivos de la Intervención

4.2.1. *Objetivos General*

- Reducir la conducta adictiva en una mujer de 43 años con consumo de alcohol y marihuana

4.2.2. *Objetivo Específicos*

- Promover e incrementar conciencia sobre el uso de sustancias y modificar la conducta adictiva
- Desarrollar técnicas motivacionales para el cambio de conducta
- Disminuir la sintomatología emocional en base a procedimientos de cogniciones positivas y negativas.
- Reconocer los estímulos activadores para la conducta adictiva

- Concentrar procedimientos de rutinas saludables con énfasis en la alimentación, sueño y actividades de recreación alternativas al consumo de sustancias
- Disminución la ansiedad por el contacto social, así como el aislamiento, tratando de conectar con el círculo de amistades y brindando estrategias de afrontamiento social.
- Mejorar el funcionamiento familiar, facilitando estrategias de implicación, compromiso y comunicación saludable.
- Aprender técnicas de emergencia y técnicas operantes para mantener la abstinencia, incorporando rutinas de hábitos saludables con énfasis en la alimentación, sueño y actividades de recreación alternativas al consumo de sustancias.
- Reducir el riesgo de recaídas en consumir sustancias

4.3. Técnicas: Selección y sustento de las técnicas empleadas

- Reestructuración cognitiva; con la finalidad de identificar y modificar pensamientos negativos expresados de forma automática que hacen de los síntomas depresivos una constante y refuerzan el consumo de sustancias como mecanismo de afrontamiento.
- Activación conductual; con el propósito de incrementar la participación en actividades satisfactorias y significativas, promoviendo un estado de ánimo más constante y disminuyendo la anhedonia asociada a la depresión.

- Entrenamiento en habilidades sociales; comunicación eficaz y asertiva en contextos reales o simulado. Por los problemas de comunicación establecidos a causa de los problemas adheridos al consumo de alcohol y marihuana.
- Psicoeducación; para que la paciente comprenda la relación entre su estado de ánimo y el consumo de sustancias incluyendo información sobre: Los efectos del alcohol y la marihuana en la depresión. Las estrategias de autocuidado y hábitos saludables. Beneficios del tratamiento y el cambio de hábitos.
- Técnica de la Silla Vacía, se empleará en este caso para trabajar aspectos emocionales no resueltos o muy interiorizados que puedan estar favoreciendo la depresión y al consumo de sustancias.

4.4. Ejecución: Descripción del Plan de Intervención

Tabla 2
Sesión Terapéutica N° 1

Creo conciencia sobre mi persona	
Técnica	Psicoeducación e Intervención breve sobre el consumo de sustancias
Objetivos	Promover e incrementar conciencia sobre el uso de sustancias y Modificar la conducta adictiva
Duración	45 a 50 minutos
Descripción	En esta primera sesión se quiere lograr promover e incrementar la conciencia sobre el consumo de sustancias a través de la Psicoeducación enfatizando en identificar creencias o distorsiones cognitivas, se dejó como tarea aplicarlo en su vida diaria, reforzando en la siguiente sesión.

Tabla 3*Sesión Terapéutica N° 2*

Despierto mis intereses	
Técnica	Entrevista motivacional, Juego de roles
Objetivos	Desarrollar técnicas motivacionales para el cambio de conducta adictiva
Duración	45 a 50 minutos
Descripción	Con la entrevista motivacional se pretende lograr que la paciente pueda crear fuerza interna, determinación propia y que se vea impulsada a iniciar acciones de cambio “tomar conciencia” y/o toma de decisiones que logre alcanzar metas específicas a corto plazo en su vida diaria.

Tabla 4*Sesión Terapéutica N° 3*

“No” al activador	
Técnica	Identificación y registro de estímulos activadores de consumo
Objetivos	Disminuir la sintomatología emocional en base a procedimientos de cogniciones positivas y negativas.
Duración	45 a 50 minutos
Descripción	En esta sesión se implementará estrategias de afrontamiento adaptativas como, por ejemplo: técnicas de respiración, mindfulness, escritura terapéutica (diario personal donde podrá expresar sus emociones y pensamientos).

Tabla 5*Sesión Terapéutica N° 4*

Soy un Auto Control	
Técnica	Técnica de Relajación muscular progresiva de Jacobson. Técnicas de regulación emocional.
Objetivos	Reconocer los estímulos activadores para la conducta adictiva
Duración	45 a 50 minutos
Descripción	Se realizo Línea base de estímulos activadores de consumo; se pudo identificar y registrar (en casa, trabajo, lugares cercanos o habituales) Se considero una Red de apoyo a la familia: Padre, hermana y tíos maternos. En esta sesión se pondrá en práctica las técnicas de autocontrol emocional, simulando situaciones de riesgo, brindándole alternativas adecuadas. Estas técnicas ayudaran a aminorar el estrés y el cuadro ansioso (Técnica de Relajación muscular progresiva de Jacobson, Detención del Pensamiento, Relajación muscular y Ensayo mental)

Tabla 6*Sesión Terapéutica N° 5*

Hábitos buenos, hábitos sanos	
Técnica	Registro de rutina de hábitos
Objetivos	Incorporar estilos de hábitos saludables enfatizando la alimentación, sueño y actividades de recreación alternativas al consumo de sustancias
Duración	45 a 50 minutos
Descripción	Hábitos de salud (alimentación, sueño, psicofarmacología). Las rutinas de hábito en la paciente se iniciaron con un registro (horario): Rutina de aseo, actividades físicas, de alimentación, de sueño y de autocuidado; ayudando a reducir el estrés y la ansiedad, y a mejorar la autoestima y la disciplina. Dormir 8 horas, realizar actividad física, comer bien, reducir la cafeína, realizar actividades de higiene básica, expresar sentimientos, integrar aficiones, participar en grupos de apoyo y establecer un horario.

Tabla 7*Sesión Terapéutica N° 6*

Full Gym	
Técnica	Técnicas de relajación Realizar ejercicios físicos (correr, caminar, ciclismo). Dieta saludable
Objetivos	Disminuir en cuadro ansioso como consecuencia del contacto social, así como el aislamiento, tratando de conectar con el círculo de amistades y brindando estrategias de afrontamiento social.
Duración	45 a 50 minutos
Descripción	En esta sesión aprenderá a practicar las técnicas de relajación progresiva en cuanto se encuentre en frente a situaciones de ansiedad, ira o depresión. Realizar ejercicios físicos (correr, caminar, ciclismo) Elaboramos una dieta saludable para la semana y durante el mes

Tabla 8*Sesión Terapéutica N° 7*

Soy empática como mi familia	
Técnica	La técnica de visualización asistida
Objetivos	Mejorar la funcionalidad intrafamiliar, facilitando estrategias de implicación, responsabilidad y comunicación saludable.
Duración	45 a 50 minutos
Descripción	<p>En esta sesión se aprenderá a tener mejor comunicación y que sea eficaz con la familia, teniendo que ser asertiva ante situaciones de conflicto buscando soluciones.</p> <p>Se entrenará Habilidades sociales en contexto de terapia: la comunicación eficaz y asertiva en contextos reales o simulado y pondrá en práctica la técnica de visualización asistida (sentir y experimentar las emociones en relación a los logros)</p>

Tabla 9*Sesión Terapéutica N° 8*

Me mantengo limpia	
Técnica	Aprender técnicas de emergencia para mantener la abstinencia
Objetivos	Reunir prácticas de hábitos saludables con énfasis en la alimentación, sueño y actividades de recreación alternativas al consumo de sustancias. (Técnicas de emergencia y Técnicas operantes)
Duración	45 a 50 minutos
Descripción	<p>En esta sesión se describe sucesos o hechos que suceden en su vida cotidiana se pondrá en práctica las técnicas de emergencia adecuadas a la situación que se le presente (Técnicas de emergencia y Técnicas operantes) como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La técnica del modelamiento. para que la paciente pueda imitar conductas nuevas de otras personas (personas que pueda admirar y tener respeto) ● Instigación. Consiste en proporcionar pistas o estímulos que incentiven a la paciente a realizar la conducta deseada ● Reforzamientos sociales ● La técnica del Encadenamiento ayudara a que las tareas que vea complejas las divida en pequeñas para facilitar el aprendizaje (sus horas de trabajo)

Tabla 10*Sesión Terapéutica N° 9 y 10*

Me tropiezo y me limpio	
Técnica	Entrenamiento de Habilidades sociales en contexto de terapia: toma de decisiones, asertividad en contextos reales evitando el riesgo de recaídas
Objetivos	Reducir el riesgo de recaídas en consumir sustancias
Duración	45 a 50 minutos
Descripción	En esta sesión aprenderá Implementaremos estrategias que aborden el bienestar físico y mental, y que fortalezcan el autocontrol. (Reforzar la actividad física, alimentación saludable, actividades de relajación y motivadoras, rutina de trabajo)

4.5. Indicadores de logro

En las sesiones, con el objetivo de supervisar el progreso y el logro de los mismos se evaluaba la fluidez con que se llevaban a cabo las tareas y técnicas determinadas en las sesiones previas, las cuales están expresadas en las tablas a continuación. Las técnicas implementadas con sencillez fueron un indicador eficaz de la ejecución práctica y, por ende, del compromiso de la paciente con el tratamiento. Se ha podido observar el apoyo progresivo de la familia, ya que no veían la motivación de la paciente en tratamientos previos; durante la elaboración de las sesiones para sus atenciones se llevó a cabo el seguimiento para evitar las recaídas mediante la red de apoyo escogida por la paciente.

Se ha observado que la paciente está motivada al cambio y una mejora en su comunicación con el padre debido al mantenimiento de su régimen de abstinencia, se inicia el monitoreo con ellos presencial, el segundo monitoreo fue 15 días después del término de la intervención, se ha realizado cada mes una sesión Psicológica y Psiquiátrica. A la fecha de presentación del presente caso

clínico la paciente se mantiene en abstinencia, y se ha instaurado el régimen de monitoreo telefónico de manera quincenal.

Tabla 11
Sesiones terapéuticas 1 al 5

SESIÓN	OBJETIVOS	INDICADOR DE LOGRO	TECNICAS EMPLEADAS
Sesión N° 1	Incrementar la conciencia sobre el impacto del consumo de sustancias en la salud física, mental y en la vida cotidiana de la paciente	Disminución de episodios de desesperanza o pensamientos negativos que afecten su comportamiento diario	Psicoeducación e Intervención breve sobre el consumo de sustancias (brindar información clara, aumentar la conciencia y comprender mejor la relación del consumo)
Sesión N° 2	Fortalecer la motivación para el cambio, para incrementar la disposición de la paciente a modificar su conducta adictiva.	Disminución del consumo de alcohol y marihuana, evidenciado por auto reporte o pruebas toxicológicas.	Entrevista motivacional (fortalecer la motivación, incrementar la confianza y el compromiso, reducir la desesperanza e impotencia)
Sesión N° 3	Disminuir la sintomatología emocional asociada al consumo de sustancias, fomentando el uso de estrategias adaptativas para el manejo del estrés.	Implementación de estrategias de afrontamiento adaptativas (ejemplo: técnicas de respiración, mindfulness, escritura terapéutica).	Técnica de Relajación muscular progresiva de Jacobson. (reducir la tensión física y estrés) Técnicas de regulación emocional. (identificar, comprender y manejar las emociones)
Sesión N° 4	Identificar y manejar los estímulos desencadenantes del consumo, para reducir el riesgo de recaída.	Reconocer y reducir las conductas de evitación o aislamiento social.	Identificación y registro de estímulos activadores de consumo (detectar factores ambientales, emocionales y situacionales desencadenantes a un consumo)
Sesión N° 5	Incorporar hábitos saludables relacionados con la alimentación, el sueño y actividades de recreación	Establecimiento de rutinas diarias que incluyan alimentación adecuada, sueño reparador y ejercicio físico.	Registro de rutina de hábitos (fomentar la adopción de hábitos saludables)

Tabla 12*Sesiones terapéuticas 6 al 10*

SESIÓN	OBJETIVOS	INDICADOR DE LOGRO	TECNICAS EMPLEADAS
Sesión N° 6	Mejorar las habilidades sociales y el funcionamiento interpersonal, fomentando la asertividad y la comunicación efectiva	Uso de herramientas proporcionadas en terapia para gestionar su estado de ánimo y evitar recaídas.	Técnicas de relajación Realizar ejercicios físicos (correr, caminar, ciclismo) Dieta saludable (reducir la fatiga, mejora el estado de ánimo y disminuye la irritabilidad)
Sesión N° 7	Optimizar la dinámica familiar, implicación activa y compromiso en el proceso de recuperación.	Asistencia regular a sesiones terapéuticas y cumplimiento de tareas asignadas. Mejora en la interacción con familiares y amigos.	Entrenamiento de Habilidades sociales en contexto de terapia (Mejorar la interacción social, fortalecer la autoestima y reducir el aislamiento) Técnica de visualización asistida (Reforzar la confianza en la capacidad de cambio)
Sesión N° 8	Fomentar la construcción de una identidad personal positiva, reforzando la autoestima y la percepción de autoeficacia	Uso de herramientas proporcionadas en terapia para gestionar su estado de ánimo y evitar recaídas.	Técnicas de emergencia (dotar de herramientas para afrontar situaciones críticas) Técnicas operantes (reducir la impulsividad, mejora el autocontrol y disminuye el riesgo de recaídas)
Sesiones N° 9 y 10	Reducir el riesgo de recaídas en consumir sustancias. Promover la inserción social y ocupacional, facilitando la planificación de objetivos personales, académicos o laborales	Recuperación del desempeño en actividades laborales o personales.	Habilidades sociales (mejorar la capacidad de toma de decisiones, fomentar la autonomía y reforzar la seguridad personal)

Nota: esta tabla muestra las áreas priorizadas en la intervención psicoterapéutica, así mismo el sistema terapéutico que lo sustenta y la justificación por medio del cual se priorizan las intervenciones.

4.6. Evaluación de la intervención

Primeramente, se identificó que la paciente exhibía un amplio conjunto de comportamientos lo cual generaron una diversidad de áreas, con particular énfasis en su personalidad donde destaca dificultades para establecer vínculos interpersonales sólidos y duraderos, una propensión a mantener una imagen negativa de sí misma, compromisos y apegos limitados. Una falta de autoestima, episodios recientes de abuso de alcohol y marihuana, problemas para regular sus respuestas ante determinados estímulos, y una priorización del consumo de estas sustancias por encima de su propio bienestar o el de las personas cercanas que considera significativas.

En el ámbito familiar, antes de iniciar la intervención, la paciente percibía a su padre como figura de autoridad y con conflictos, sin embargo, no precisa vínculos cercanos o experiencias desarrolladas durante el periodo de convivencia o un apego fluido lo cual degeneró en un apego inadecuado. En el plano socioemocional, se identificaron desde el inicio expresiones de ansiedad, junto con emociones como frustración, tristeza y soledad, además de problemas para ajustarse a las normas previamente definidas por el grupo social. Le es difícil practicar de forma habitual valores que estuvieron ausentes, o el respeto por las normas personales o de convivencia, lo que obstaculiza la interacción social y su persistencia laboral considerando que carecía de competitividades, recursos psicológicos o emocionales para desarrollarse o afrontar de forma adecuada el mundo exterior.

Posterior a las intervenciones se pudieron visualizar cambios en múltiples aspectos de los comportamientos iniciales, logrando una mejora notable en las relaciones interpersonales a nivel de personalidad. Se reforzó su autoestima positiva, ya que su entorno social representaba un riesgo, por lo que se decidió fortalecer una red de apoyo con dos de sus amigas íntimas. Además, se consiguió una reducción considerable en el consumo del alcohol, así como un aprendizaje eficiente de técnicas para el manejo de estímulos activadores, fue capaz de priorizar su bienestar por encima de los reforzadores pasajeros. Del mismo modo el consumo de sustancias se presenta en rangos mucho más distantes en el tiempo, lo cual indica una disminución en su consumo o una mejoría integral.

Se observó una mejora significativa en el ámbito familiar, donde se consolidó una autoridad saludable ejercida por el padre. Este inició diversas acciones que contribuyeron a transformar la dinámica familiar, permitiendo la recuperación de vínculos afectivos previamente deteriorados. Asimismo, se fortaleció la confianza del padre hacia la paciente mediante evidencias de cambios conductuales sostenidos a lo largo del tiempo. En el área socioemocional, se registró una disminución notable en los síntomas de ansiedad y depresión, junto con un aumento en la motivación y la confianza para controlar el consumo de alcohol y marihuana. Además, se reforzó la adherencia y adaptación a las normas y reglas sociales, y al equiparse con técnicas y recursos psicológicos para afrontar situaciones y crisis de manera efectiva, se generó una mejora general en la calidad de vida.

Un análisis comparativo entre el pretest y el post test muestra una mejoría en la paciente tras llegar a la etapa intermedia de la intervención. Inicialmente, presentaba puntuaciones elevadas en la prueba MILLON IV, con indicadores moderados y elevados en personalidad negativista, patología paranoide y consumo de drogas. Al llegar a la mitad de la terapia, estas calificaciones disminuyeron, reflejando una reducción en la gravedad de los síntomas. A nivel cualitativo, se observó un progreso en la gestión emocional, un fortalecimiento del autoconcepto y la consolidación de una red de apoyo. Por otra parte, se redujeron los síntomas de ansiedad y depresión, y la paciente mostró mayor confianza en su capacidad para evitar el consumo. Lo cual se ve reflejada en las Tablas 13 PRETEST y POSTEST que a continuación presentamos.

Tabla 13

Resultados cuantitativos de la prueba MILLON IV – PRETEST

Puntuación	Patológica	Nivel de severidad
80	Patrón clínico de Personalidad Negativista	Indicador Moderado
75	Patología Severa de Personalidad Paranoide	Indicador Moderado
86	Síndrome Clínico Consumo de drogas	Indicador elevado

Resultados cuantitativos de la prueba MILLON IV – POST TEST

Puntuación	Patológica	Nivel de severidad
75	Patrón clínico de Personalidad Negativista	Indicador Moderado
73	Patología Severa de Personalidad Paranoide	Indicador sugestivo
80	Síndrome Clínico Consumo de drogas	Indicador moderado

Un análisis comparativo entre el pretest y el post test del cuestionario de BECK denota una mejoría leve en la paciente. Inicialmente, se encontró dentro de un rango moderado con 27 puntos. Al llegar a la mitad de la terapia, se observó una disminución ligera de sus síntomas con 21 puntos manteniéndose dentro del rango de moderado. A nivel cualitativo, se observó una disminución en su cuadro depresivo, mejorando su capacidad de atención y concentración recuperando en cierta medida retomas sus relaciones con sus congéneres y familiares. Del mismo modo disminuye su pensamiento de autoagresión, suicidio o autoagresiones.

Tabla 14

Resultados cuantitativos Inventario de depresión de Beck (BDI-II) – PRETEST

Puntuaciones totales	Rango
0-13	Mínimo
14-19	Leve
20-28	Moderado
29-63	Severo
Recuento total de puntos de criterios	27 puntos

Resultados cuantitativos Inventario de depresión de Beck (BDI-II) – POSTEST

Puntuaciones totales	Rango
0-13	Mínimo
14-19	Leve
20-28	Moderado
29-63	Severo
Recuento total de puntos de criterios	21 puntos

Un análisis comparativo entre el pretest y el post test de la prueba de ASSIST denota una mejoría significativa en la paciente. Inicialmente, se encontraron puntajes para alcohol 21 y marihuana 22 ambos en un nivel moderado. Llegando al periodo intermedio con puntajes para alcohol 04 rango

Bajo y marihuana 10 moderado. A nivel cualitativo, se denoto una disminuci3n significativa del consumo de sustancias.

Tabla 15

Resultados cuantitativos de la prueba ASSIST – PRETEST

Sustancia	Puntuaci3n	Nivel de riesgo
a. Productos derivados del tabaco	.-	0-10 Bajo
b. Bebidas alcoh3licas	21	11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis	22	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Coca3na	.-	

Resultados cuantitativos de la prueba ASSIST – POST TEST

Sustancia	Puntuaci3n	Nivel de riesgo
a. Productos derivados del tabaco	.-	0-10 Bajo
b. Bebidas alcoh3licas	04	11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis	10	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Coca3na	.-	

DISCUSIÓN

El contemporáneo estudio de caso se ha hecho posible situar dentro de contexto el episodio depresivo moderado, el consumo de alcohol y marihuana en una paciente de 43 años desde la óptica biopsicosocial. Los resultados ponen de manifiesto una sólida interrelación entre los antecedentes de maltrato familiar, el desarrollo de adicciones y los problemas emocionales que inciden en el bienestar de la mujer, tales hallazgos concuerdan con Ballesteros et al. (2007); Borda Pérez et al. (2013); Izal et al. (2003); Puerta y Padilla (2011); Solano y Gallagher-Thompson (2001). Se señala la historia de abuso infantil y la disfunción familiar que la acompaña como determinantes en el transcurso de la depresión y la conducta adictiva, coincidiendo con la evidencia de la literatura que vincula la existencia de experiencias traumáticas durante la infancia con la mayor vulnerabilidad al trastorno de depresión y a dependencia en la adultez Álvarez et al. (2019); Hansen Rodríguez (2020); Martínez et al. (2016); MINSA (2021); Toro-Tobar et al. (2016); Vargas et al. (2010).

El papel de los esquemas cognitivos negativos y de las distorsiones teóricas en la cronicidad del cuadro depresivo ha sido ampliamente respaldado por autores como Bogaert García (2012); Borda et al. (2013); Flores-Pacheco et al., (2012); Gastó y Navarro (2008); Izal et al. (2003); Puerta y Padilla (2011); Segura-Cardona et al. (2015); Solano y Gallagher-Thompson (2001). En este sentido, el consumo de marihuana y de alcohol no sería solo un mecanismo de afrontamiento disfuncional a la ansiedad, sino también un elemento mantenedor que intensifica los síntomas depresivos y las dificultades interpersonales,

evidencias coherentes con investigaciones como las de Acosta Fócil (2020); Ernstmeyer y Christman (2024); Hansen Rodríguez (2020); MINSA (2005); Pinelo et al. (2022); Roldan (2001); Vegh Weis (2011). Por otro lado, el bajo apoyo familiar percibido y el juicio constante fueron elementos mantenedores del trastorno, tal como lo evidencian Flores-Pacheco et al. (2012).

A través de la terapia, la paciente desentrañó falsas creencias que lo encadenaban al alcohol y las sustancias, reconociendo el vínculo, entre emociones y consumo. Estos resultados confirman investigaciones previas: la ignorancia y los pensamientos distorsionados perpetúan el ciclo de la adicción Acosta Fócil (2020); Ernstmeyer y Christman (2024); Estrada-Durand y Salinas-Salas (2019); Evans-Lacko et al. (2018); NIDA (2024); Vegh Weis (2011). Para fortalecer la voluntad de la paciente, se emplearon estrategias motivacionales, cultivando un compromiso firme para iniciar y preservar el proceso de la recuperación. Conforme avanzaba la terapia, la paciente mostró una fe creciente en sus propias capacidades, y una disposición más positiva hacia mecanismos de afrontamiento sanos. El resultado concuerda con estudios que señalan la motivación como clave para alterar el comportamiento adictivo Bolet y Socarras (2003); Cortés et al. (2013); Ortega Garcia et al. (2006).

La intervención se centró en los síntomas emocionales, que suelen acompañar al consumo. El paciente, a través de la reestructuración cognitiva y la activación conductual, aprendió a reconocer y transformar los pensamientos que le causaban malestar acorde con Muñoz et al. (2012). Revisando los informes y

evaluando las situaciones de riesgo, el paciente logró precisar los detonantes, similar a los resultados de Gatz et al. (1998). Se ensayaron estrategias de relajación y control emocional, investigaciones muestran que un control emocional deficiente puede convertirse en un detonante para el consumo de sustancias o en caso similar propiciar una recaída Cáceres-Taco y Vásquez-Bómez (2013); Segura-Cardona et al. (2015).

El apoyo familiar fue crucial en la recuperación del paciente, mediante ayudas visuales y entrenamiento social, nos enfocamos en mejorar la comunicación con sus seres queridos. El cambio observado en la relación, de distancia y reproches a una interacción más cálida, significa una mejora sustancial en su vínculo. Esto concuerda con estudios que resaltan la influencia del entorno familiar en la recuperación de personas que luchan contra la adicción según Fernández et al. (2020); Martínez et al. (2016); Montesó-Curto et al. (2011). La prevención de recaídas, impartiendo técnicas para afrontar situaciones difíciles y tomar decisiones. La paciente aprendió a reconocer las primeras señales de estrés y a implementar medidas para evitarlas. Tras finalizar la terapia, mantuvo su sobriedad y logró regular su estado de ánimo, alejándose de la dependencia de las drogas.

El caso clínico analizado permite inferir sobre la influencia del género en los problemas de salud mental y adicciones. En el contexto social y cultural, las mujeres que atraviesan episodios depresivos y consumo de sustancias suelen enfrentar un mayor estigma que los hombres, lo que puede dificultar el acceso a

tratamiento y generar sentimientos de vergüenza y aislamiento. Diversos estudios han manifestado que las mujeres con antecedentes de consumo de sustancias tienen mayor posibilidad de experimentar violencia de género, abuso infantil o relaciones interpersonales disfuncionales, lo que agrava su vulnerabilidad psicológica Ballesteros et al. (2007); Cáceres-Taco y Vásquez-Bómez (2013); Fernandes et al. (2020); Flores-Pacheco et al. (2012); Montesó-Curto et al. (2011). En el caso presentado, se denota cómo los conflictos familiares, la falta de apoyo emocional y la percepción negativa de sí misma influyeron en la conducta adictiva de la paciente.

Por otra parte, los roles de género tradicionales, especialmente dentro de nuestra región, influye en la adherencia al tratamiento y en la disposición para buscar ayuda. Las damas suelen asumir mayores responsabilidades en el ámbito doméstico y de cuidado, lo que limita su disponibilidad para procesos de recuperación prolongados. Además, la crítica social hacia las damas con problemas de adicción tiende a ser más severa, lo que puede desmotivarlas a mantenerse en abstinencia Ballesteros et al. (2007); Hansen Rodríguez (2020); Natera-Rey et al. (2001). Desde esta perspectiva, es fundamental que las intervenciones terapéuticas compongán un enfoque de género que considere las necesidades concretas de las mujeres, incluyendo estrategias que reduzcan el impacto del estigma, fortalezcan su autoestima y refuercen redes de apoyo seguras.

CONCLUSIONES

- La importancia de un enfoque biopsicosocial centrado en problemas complejos como el episodio depresivo moderado, consumo de alcohol y marihuana fue demostrada en el caso del manejo del caso clínico, tal que se integraron factores individuales, familiares y sociales para elaborar estrategias terapéuticas eficaces.
- Los antecedentes familiares de abusos ocurridos en la infancia y los conflictos no resueltos en la familia fueron determinantes en la aparición de problemas emocionales y conductuales de la paciente. Estas experiencias subrayan la necesidad del tratamiento del trauma como un elemento importante en el tratamiento, así como implicar a la familia en el tratamiento.
- La integración de intervenciones en psicoterapia y tratamiento psiquiátrico se mostraron eficaces para estabilizar a la paciente en el corto plazo, a largo plazo el tratamiento continuo es clave para el éxito de la recuperación y la prevención de las recaídas. Este proceso integrador requiere de un seguimiento en el uso de medicamentos y su periodo de utilidad acorde al desarrollo del tratamiento psicoterapéutico.
- La situación familiar constituyó un punto importante, pero el soporte de su medio cercano tuvo una relevancia fundamental para la estabilización emocional de la paciente. En contraposición, los patrones de crítica y

descalificación familiar también la obligaron a percibirse en términos de inferioridad y a una autoimagen negativa.

- La situación de caso es indicativa de la importancia de implementar políticas de salud mental y adicciones con perspectiva de género que garanticen el acceso a tratamientos integrales y eficaces.

- Si bien es cierto que la prevención, detección y atención es importante el proceso de recuperación implica y a la vez se ve bastante limitado por condiciones sociales como la vergüenza a la exposición. Hace necesario un tratamiento lo más efectivo posible como patrón de recuperación y así romper tales paradigmas.

RECOMENDACIONES

- Mantener un tratamiento a largo plazo en el que se integren el TCC u otras similares acordes a las necesidades determinadas durante el tratamiento. Las intervenciones familiares dilucidando patrones de soporte familiar o conductas inadecuadas a corregirse; el cual debe ir orientado a seguir incrementando las estrategias de afrontamiento de la paciente y su autoeficacia.
- Involucrar a la familia en el tratamiento. Es muy importante educar a los miembros de la familia para que puedan desempeñar una función de apoyo a la recuperación de la paciente y evitar actitudes críticas o descalificadoras que le puedan hacer daño. Dado nuestro contexto es importante tener en cuenta intervenciones multiculturales ya que ellas determinan patrones muy asociados a la dinámica familiar.
- Promover actividades saludables. Fomentar la participación de la paciente en actividades recreativas y de ocupación que favorezcan el aumento de su autoestima, la reinserción social y la reducción del riesgo de recaídas. Especialmente si son vinculadas emocionalmente a actividades significativas en la vida del paciente. Otro elemento a tener en cuenta es la alimentación consciente y colaborativa como apoyo al proceso de restauración de la paciente. Todo ello basado en metas familiares.

- Políticas públicas y prevención comunitaria. Elaborar e implementar planes de prevención del consumo de drogas y de promoción de la salud mental en los que se contemple el carácter típico de la mujer adulta que ha sufrido traumatismos, marginación y/o condiciones de vulnerabilidad social.
- Capacitación de los agentes de salud. Fomentar la capacitación multidisciplinaria sobre el tratamiento de la depresión y de la adicción, asegurando que se lleve a cabo un tratamiento basado en la evidencia y en la sensibilidad cultural. Especialmente entre equipos multidisciplinarios en mejora de la coordinación y la toma de decisiones, sin dejar de lado herramientas como la inteligencia artificial u otros que apoyen en el proceso de captación, atención y recuperación del paciente.
- Investigaciones futuras. Se recomienda continuar con la investigación sobre los factores de riesgo traumáticos en la adicción y los episodios de depresión moderada en este grupo de pacientes para poder ofrecer tratamientos más individualizados y eficaces. Especialmente dentro de esquemas como la realidad virtual o la realidad aumentada. Sin dejar de lado elementos determinantes como región de origen y las diversas culturas dentro de las mismas; más aún dentro de nuestra realidad peruana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *GEROKOMOS*, 57–62.
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Alvarado Rodas, A. C. (2022). *Intervención psicológica en la vejez*. NeuroClass.
<https://neuro-class.com/wp-content/uploads/2022/07/Manual-Intervencion-psicologica-en-la-vejez.pdf>
- Álvarez, L. V., Ayala Moreno, N. Y., & Bascuñán Cisternas, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 22(41).
<https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. *American Psychiatric Association*, 5.
<https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manual-diagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vacarezza, A., & Calderón, A. (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 45(4), 288–295.
<https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v45n4/art04.pdf>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión* (DESCLEÉ DE BROUWER, Ed.; 20a ed.). DESCLEÉ DE BROUWER. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA* (C. Sánchez, Ed.; 1ra ed.). MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U. <https://biblioteca.uazuay.edu.ec/buscar/item/87044>
- Bogaert García, H. (2012). LA DEPRESIÓN: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO. *Ciencia y Sociedad*, XXXVII(2), 183–197.
- Borda Pérez, M., Anaya Torres, M. P., Pertuz Rebolledo, M. M., Romero de León, L., Suárez García, A., & Suárez García, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): Prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 29, 64–73.
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a08.pdf>

- Cáceres-Taco, E., & Vásquez-Bómez, F. (2013). Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76, 255–267.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036946010>
- CICAD-OEA. (2010). *Informe subregional sobre uso de drogas en la población escolarizada*.
https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Informes/Segundo_Subregional.pdf
- Colliver, J. D., Compton, W. M., Gfroerer, J. C., & Condon, T. (2006). Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. *Annals of Epidemiology*, 16(4), 257–265.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.08.003>
- EL PERUANO. (2023, December 3). *Problemática: El 35 % de los peruanos padecerían de consumo problemático de alcohol sin reconocerlo*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf
- Ernstmeyer & Christman (Ed.). (2024). Trastornos Relacionados con Sustancias y Otros Trastornos Adictivos. In *Enfermería: Salud Mental y Conceptos Comunitarios* (LibreTexts TM). Departamento de Educación de los EE. UU.
[https://espanol.libretexts.org/Salud/Enfermer%C3%ADa/Enfermer%C3%ADa:_Salud_Mental_y_Conceptos_Comunitarios_\(OpenRN\)/00:_Materia_Frontal/02:_InfoPage](https://espanol.libretexts.org/Salud/Enfermer%C3%ADa/Enfermer%C3%ADa:_Salud_Mental_y_Conceptos_Comunitarios_(OpenRN)/00:_Materia_Frontal/02:_InfoPage)
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., De Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... Wojtyniak, B. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560–1571.
<https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Fernandes, I., Neves, F., Guimarães, P., Rolim, K. M., Albuquerque, F. H., Andrade, L., & Milliones, R. (2020). PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA DEPRESSÃO EM

- IDOSOS NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, 2020(12), 79–84.
<https://doi.org/10.29352/mill0212.07.00305>
- Flores-Pacheco, S., Huerta-Ramírez, Y., Herrera-Ramos, O., & Alonso-Vázquez, O. F. (2012). FACTORES FAMILIARES Y RELIGIOSOS EN LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 89.
<https://doi.org/10.5460/jbhsi.v3.2.30224>
- Freeman, A., & Oster, C. L. (2007). Terapia cognitiva de la depresión. In V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1: Trastornos por ansiedad sexuales, afectivos y psicóticos: Vol. Vol. 1* (pp. 543–574). Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Gabalda, I. C. (2013, November). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck Reflexiones críticas. *Boletín de Psicología*, 109, 19–49.
<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>
- Gastó, C., & Navarro, V. (2008). *La depresión* (J. Gene Badia & E. Sánchez Freire, Eds.). Hospital Clínic de Barcelona.
<https://www.consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
- Gatz, M., Fiske, A., Kaskie, B., & Kasl-Godley, J. (1998). Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 9–46. <https://www.researchgate.net/publication/232529233>
- Giacoman, C., Funes, D., Guzmán, L., & Montiel, T. (2011). Depresión y escolaridad en adultos mayores. *Diálogos Sobre Educación.*, 1–11.
<https://www.redalyc.org/pdf/5534/553457068005.pdf>
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66–2. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (2001). THE EPIDEMIOLOGY OF PAIN IN ELDERLY PEOPLE. *CLINICS IN GERIATRIC MEDICINE*, 17, 417–431.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11459713/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *Perú: Indicadores de educación por departamentos, 2009 - 2019*. Publicaciones INEI.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1751/libro.pdf

- Izal, M., Márquez, M., Losada, A., Montorio, I., & Nuevo, R. (2003). Una revisión sobre las intervenciones cognitivo-conductuales en problemas de depresión en la edad avanzada. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 38(1), 34–45.
[https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(03\)74852-5](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(03)74852-5)
- Laya-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A. M., Nava-Jiménez, G., & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 45, 225–232.
<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745527004.pdf>
- López Zapata, E., Echevarría Castañeda, L. M., & Galeano Vélez, N. (2017). Desesperanza y vulnerabilidad en el adulto mayor. *Revista Reflexiones y Saberes*, 34–52.
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaRyS/article/view/861/1379>
- Lorenzo-Díaz, J. C., Díaz-Alfonzo, H., Carrete-Friol, Z. D., Hernández-Quñones, O. L., & Barrios-Licor, R. A. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Rev Ciencias Médicas*, 25(6), 5311.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2021/rcm216m.pdf>
- Martínez Manotas, M. D., Ocos Brito, M., & Vanegas Sprockel, B. X. (2016). Impact of traumatic experiences on cognitive, emotional and familiar development in children and adolescents victims of violence. *Revista Tesis Psicológica*, 11, 206–215. <https://biblat.unam.mx/hevila/Tesispsicologica/2016/vol11/no1/10.pdf>
- Matud, M. P., Guerrero, K., & Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(Psicología conductual), 7–21.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33760101.pdf>
- Mccarthy, L. H., Bigal, M. E., Katz, M., Derby, C., & Lipton, R. B. (2009). Chronic pain and obesity in elderly people: Results from the einstein aging study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 115–119.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02089.x>

- Millán-González, R., & Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 375–388.
[https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60257-2](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60257-2)
- MINSA. (2005). *Módulo de atención integral en Salud Mental: ABUSO DE SUSTANCIAS*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1758.pdf>
- MINSA. (2021). *DOCUMENTO TÉCNICO: MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD POR CURSO DE VIDA PARA LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD (MCI)*.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf>
- MINSA. (2024, December). *La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>
- Mitjans, M., & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Especializadas de Psiquiatría*, 40(2), 70–83.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34951799/14-76-ESP-70-83-680417-libre.pdf?1412145959=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3Dgenetica_de_la_depresion.pdf&Expires=1733402354&Signature=gcCRKeCkUpSYTFIAObjUDTKeV4VrWREQ8j7KYNxrtDieYyqG1OPxE1~LZpUFM6esW-W3isaztwUmX3WjyrlfW30fd8d-2z2LoHbMpf26LP2BfIZ6JdqH4lQfydZOgQEJoOBhbiy3uhpuyhzYajaNI8xWi3kmyYxCfKfqrS0VoROOrdYHqa43Sp~LDacCFK6Uobjkh-lXaN7xWBFZPizVtab6Ep~qLrbbzt3tBSKdrSkWVSZfSFVJsY5oTom4zWaxfl-z4hY8yS43PUzIJS CuybFnKrqIKETStrWBUy4KLIL~D2Rbc2bWiOZSaVCKOTo541PY0CebiQ6m6kXwXqc31A__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Molina Soria, H. F., & Orihuela Gutierrez, M. F. (2022). *Sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022* [Universidad Continental].
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12486/4/IV_FHU_501_TE_Molina_Orihuela_2022.pdf.pdf

- Montesó-Curto, P., & Aguilar-Martín, C. (2014). Depresión según la edad y el género: Análisis en una comunidad. *Atención Primaria*, 46(3), 167–168.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.009>
- Montesó-Curto, P., Ferré-Grau, C., Lleixá-Fortuño, M., Albacar Riobóo, N., & Espuny-Vidal, C. (2011, June). FACTORES SOCIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES. *Anuario Hojas de Warmi*, 1–22. <https://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/view/156831>
- Naciones Unidas. (2023). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2023 de UNODC advierte sobre crisis convergentes a medida que los mercados de drogas ilícitas siguen expandiéndose*.
<https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2023-de-unodc-advierte-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicitas-siguen-expandindose.html#:~:text=A%20escala%20mundial%2C%20m%C3%A1s%20de,de%2045%25%20en%2010%20a%C3%B1os.>
- NACIONES UNIDAS. (2024). *Envejecimiento: Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano*. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Nance, D. C. (2010). Depresión en el adulto mayor. In L. M. Gutiérrez Robledo & J. H. Gutiérrez Ávila (Eds.), *Envejecimiento Humano: Una visión transdisciplinaria* (INSTITUTO GERIATRIA, pp. 239–248).
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/48972190/00_LIBRO_ENVEJECIMIENTO_HUMANO_2012-libre.pdf?1474330523=&response-content-disposition=inlin e%3B+filename%3DLIBRO_ENVEJECIMIENTO_HUMANO.pdf&Expires=1733347318&Signature=NuVIZ99WFUPQ6ZzcHbJsqqyPfke78pqwmNYYjWBqkxE7URleQmgzAJLUKz3LU~gRsjWO b~nw2~3H73IeYQzjbBUJKQYOXscFFNrbteZw1zqQBGHHue48t7NeYUg~HDhmszngPBzAeRgAk7Ty9~CRptlkoc5gIFmMMcvl3Xm404yjKPniYCFq0LLuP68mcMuDQJV1yGL51cYEC6MClv9E2511xYQHZFU8CXuJR36Ran53VIX63ZSqXdyV23YI0Krh3Tf3mJaw9li51910EUgPMHJ1rTq3XrigZL4WAALOXK2vcG1XWEF5xj-JCBw38WkMGSPZxH8RIqwccb p7EZ~bA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=241
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2024, December). *El consumo de drogas entre los adultos mayores*.

<https://nida.nih.gov/es/publications/el-consumo-de-drogas-entre-los-adultos-mayores>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10* (Vol. 1). OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2023, March 31). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Papalia, D. E., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *DESARROLLO HUMANO* (J. Mares, Ed.; 12th ed.). MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Peña Sequeira, T. (2024, December 4). *Análisis Semanal 559: El Informe Mundial sobre las Drogas y América Latina (03 de julio de 2024)*. Universidad de Costa Rica. <https://opi.ucr.ac.cr/node/2302>
- Pinelo Camacho, K. E., Pavón-León, P., Salas-García, B., De San Jorge-Cárdenas, X., Beverido Sustaeta, P., & Mejorada-Fernández, J. S. (2022). Consumo de drogas legales e ilegales y síntomas de depresión en adultos mayores usuarios de Facebook durante la pandemia por SARS-CoV-2 en México. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(5), 273–277.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.07.002>
- Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary Universidad Del Magdalena*, 251–257.
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Retamal, P., Mercado, M., & Torrealba, E. (1993). La Psicoterapia Interpersonal de la depresión. *Revista de Psiquiatria*, 4.
<https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/11/93-4-006-La-Psicoterapia-Interpersonal-De-La-Depresion.-Tercera-Parte..pdf>
- Roldan, C. (2001). Adicciones: Un nuevo desafío. In S. Donas Burak (Ed.), *Adolescencia y Juventud en América Latina* (pp. 448–467). Libro Universitario Regional.

https://educiac.org.mx/pdf/Biblioteca/Situacion_Juventudes/001Adolescencia_Juventud_America_Latina.pdf#page=436

- Romero Gamero, R., Poves Oñate, S., & Vucínovich, N. (2012). La terapia interpersonal de la depresión en la esquizofrenia: una propuesta de tratamiento. *Norte de Salud Mental, X*, 28–33.
<file:///C:/Users/Usuario2023/Downloads/Dialnet-LaTerapiaInterpersonalDeLaDepresionEnLaEsquizofren-4116521.pdf>
- Rosales Rodríguez, R. de la C., García Díaz, R. de la C., & Quiñones Macias, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *MEDISAN, 18*(1), 61–67.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014000100009&script=sci_arttext&tlng=en
- Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., & Garzón-Duque, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública, 17*(2), 184–194.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria, 40*(SUPPL. 1), 9–20.
<https://doi.org/10.4067/s0717-92272002000500002>
- Solano, N., & Gallagher-Thompson, D. (2001). Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 36*(4), 189–194.
[https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(01\)74719-1](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(01)74719-1)
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Reviews and Overviews Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry, 157*, 1552–1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Toro-Tobar, R. A., Grajales-Giraldo, F. L., & Sarmiento-López, J. C. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan, 16*(4), 473–486. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>
- Vargas, H., Tovar, H., & Valverde, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista*

- Peruana de Epidemiología*, 14, 91–98.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119666003>
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). MODELOS COGNITIVOS DE LA DEPRESIÓN: UNA SÍNTESIS Y NUEVA PROPUESTA BASADA EN 30 AÑOS DE INVESTIGACIÓN. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18, 139–165.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa.pdf
- Vegh Weis, V. (2011). Salud mental y adicciones desde el abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. *CONICET- Instituto Ambrosio Gioja – UBA - Facultad de Derecho*. <https://www.aacademica.org/000-093/380>
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., & Weiss, S. R. B. (2014). Adverse Health Effects of Marijuana Use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219–2227. <https://doi.org/10.1056/nejmra1402309>
- Weil, K., Florenzano, R., Vitriol, V., Cruz, C., Carvajal, C., Fullerton, C., & Muñiz, C. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Revista Medica Chile*, 1409–1504.
<https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n12/art07.pdf>
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1977). Sex Differences and the Epidemiology of Depression. *Department of Psychiatry (Epidemiology)*, Yale University, 34, 98–111. <http://archpsyc.jamanetwork.com/>
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencia y terapia de grupo* (J. Bayo Margalef, Trans.; PAIDOS). Impreso en A & M Gráfico, S. L.
<https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2020/08/YALOM-IRVIN-PSI-COTERAPIA-EXISTENCIAL-Y-TERAPIA-DE-GRUPO1.pdf>
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., Cohen, D., Del Giovane, C., Liu, Y., Michael, K. D., Zhang, Y., Weisz, J. R., & Xie, P. (2017). Eficacia comparativa y aceptabilidad de psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis en red. *Revista de Toxicomanías*, 80, 22–34.
https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_80_psicoterapia_depresion_infantil_y_adolescente.pdf

ANEXO A

PROTOCOLOS DE LOS INSTRUMENTOS

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON II (MCMI-II)

Procedimiento de aplicación	Corrección y baremación:
<ul style="list-style-type: none">✓ Aplicación individual en un ambiente tranquilo.✓ Se recomienda administrar a personas mayores de 18 años.✓ Duración aproximada: 30-45 minutos.✓ Puede administrarse en papel o en versión digital.✓ Antes de aplicar, explicar claramente las instrucciones y enfatizar la importancia de responder con sinceridad.✓ Evaluador capacitado debe supervisar la aplicación.	<ul style="list-style-type: none">✓ Se corrige con base en un sistema de puntuación que convierte las respuestas en puntuaciones base (Base Rate Scores, BR).✓ Se interpretan los puntajes en relación con los umbrales clínicos establecidos.✓ Un puntaje BR mayor a 75 indica la presencia significativa de rasgos de un trastorno. Un puntaje BR mayor a 85 sugiere que el rasgo es prominente y clínicamente significativo.

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Procedimiento de aplicación	Corrección y baremación:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicación individual en aproximadamente 5-10 minutos. ✓ Puede aplicarse en versión escrita o digital. ✓ Explicar al paciente que debe responder según cómo se ha sentido en las últimas dos semanas. ✓ Asegurar confidencialidad para respuestas honestas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada ítem se puntúa de 0 a 3, con un rango total de 0 a 63 puntos. Interpretación: 0-13: Depresión mínima. 14-19: Depresión leve. 20-28: Depresión moderada. 29-63: Depresión grave. ✓ Si el puntaje es mayor a 20, se recomienda evaluación clínica adicional.

PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST)

Procedimiento de aplicación	Corrección y baremación:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuestionario autoadministrado o aplicado por un entrevistador. ✓ La prueba detecta el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetaminas, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), Alucinógenos, Opiáceos, otras drogas. ✓ Consta de 8 preguntas ✓ Pregunta sobre el consumo de sustancias en los últimos 3 meses. ✓ Duración de 5-10 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada sustancia recibe un puntaje según frecuencia de uso y problemas asociados. ✓ Interpretación por sustancia: 0-3: Riesgo bajo, sin intervención necesaria. 4-26: Riesgo moderado, intervención breve recomendada. 27 o más: Riesgo alto, se recomienda tratamiento intensivo.

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CASO CLÍNICO

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO,
CONSUMO DE ALCOHOL Y MARIHUANA EN UNA
PACIENTE DE 43 AÑOS

Institución : Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad : Psicología
Responsable : Yessica Patiño Pineda

Objetivo de la investigación: Determinar las estrategias terapéuticas más efectivas para el manejo integral de un episodio depresivo moderado, consumo de alcohol y marihuana en una paciente de 43 años

Procedimiento: Al aceptar la investigación debe contestar los cuestionarios denominados:

1. Inventario clínico multiaxial de Millón II (MCMI-II).
2. Cuestionario de depresión de Beck BDI – II.
3. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Confidencialidad de la información: El proceso de la información es privado, por ello, la responsable de la investigación garantiza que se respetará el derecho de confidencialidad e identidad de la participante, no mostrándose datos que permitan su identificación.

Consentimiento: Yo, en pleno uso de mis facultades mentales y comprensivas, he leído la información suministrada por la investigadora y **acepto voluntariamente participar del estudio**, habiéndome informado sobre el objetivo de la investigación.

Puno,..... de....., del 20.....

Firma:.....

DNI:.....

ANEXO C

CRONOGRAMA DE TRABAJO

FASE INICIAL															
MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
Recolección de datos	X														
Revisión de bibliografía	X														
Selección de paciente	X														
Planeamiento y estipulación de pruebas	X														
Evaluación y proceso terapéutico		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
PRODUCTO 1															
MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
Capítulo I Identificación del problema										X	X				
Capitulo II Marco teórico										X	X				
PRODUCTO 2															
MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
Capitulo III Metodología												X	X		
PRODUCTO 3															
MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
Capitulo IV Resultados													X	X	
Capitulo V Discusión													X	X	
VERSIÓN FINAL															
MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
Versión final														X	
Sustentación															X