



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

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

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso  
clínico de dependencia al alcohol y cocaína en la  
actualidad en abstinencia en un medio protegido.**

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

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autor:** Ayala Hualpa, Roxana Yazmín

**Director:** Cabrera Sandoval, Pablo Andrés

LOJA

2022



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

2022

## **Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular**

Loja, 15 de septiembre del 2022

Doctora

Marina del Rocío Ramírez Zhindon

**Director de la carrera de psicología clínica**

Loja. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso clínico de dependencia de alcohol y cocaína en la actualidad en abstinencia en un medio protegido, realizado por Roxana Yazmín Ayala Hualpa, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Cabrera Sandoval Pablo Andrés, Mgtr.

C.I.: 1104027394

Correo electrónico: pacabrera12@utpl.edu.ec

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, Roxana Yazmín Ayala Hualpa, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso clínico de dependencia de alcohol y cocaína en la actualidad en abstinencia en un medio protegido, de la carrera de psicología clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1. Marco teórico, Capítulo 2. Metodología, Capítulo 3. Resultados, Conclusiones y Recomendaciones, siendo Pablo Andrés Cabrera Sandoval, director (a) del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

.....  
Autor: Roxana Yazmín Ayala Hualpa

C.I.: 1104686736

Correo electrónico: [ryayala1@utpl.edu.ec](mailto:ryayala1@utpl.edu.ec)

### **Dedicatoria**

El presente trabajo investigativo lo dedico con todo el amor a mis padres Wilman y Paola y amada hermana Mariangel que han sido mi motivación principal e incondicional apoyo para salir adelante con mis estudios y metas de vida, mi preciada familia por todo lo que me han brindado hoy les dedico mi esfuerzo como agradecimiento a todo el amor y dedicación que han dado por mí, gracias por la bendición que me dan cada día y por cuidarme siempre, dedico también este espacio a Alfredo que es un apoyo, un soporte y una gran ayuda en mi vida, finalmente a mi fiel amigo y compañero Titi.

### **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por darme un hogar muy unido, con Padres muy buenos llenos de valores y virtudes de admirar que siempre han trabajado y luchado por sacarnos adelante a mí y hermana, les agradezco a ellos por darme la oportunidad de estudiar, superarme y acompañarme en el proceso, los amo mucho estoy eternamente agradecida.

A mis docentes que han sido parte de mi formación durante estos años y han sabido encaminarme correctamente en esta profesión en base a sus conocimientos, ejemplo y sabiduría, en especial a mi tutor Pablo por la dedicación, compromiso y confianza que me ha brindado para salir adelante con el presente trabajo investigativo.

## Índice de contenido

<b>Carátula .....</b>	<b><i>I</i></b>
<b>Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....</b>	<b><i>II</i></b>
<b>Declaración de autoría y cesión de derechos.....</b>	<b><i>III</i></b>
<b>Dedicatoria.....</b>	<b><i>V</i></b>
<b>Agradecimiento.....</b>	<b><i>VI</i></b>
<b>Índice de contenido .....</b>	<b><i>VII</i></b>
<b>Resumen .....</b>	<b><i>1</i></b>
<b>Abstract.....</b>	<b><i>2</i></b>
<b>Introducción.....</b>	<b><i>3</i></b>
<b>Capítulo uno.....</b>	<b><i>5</i></b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b><i>5</i></b>
<b>1.1 Presentación del Caso.....</b>	<b><i>5</i></b>
<b>1.1.1 Identificación del paciente.....</b>	<b><i>5</i></b>
<b>1.1.2 Motivo de consulta.....</b>	<b><i>5</i></b>
<b>1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología.....</b>	<b><i>5</i></b>
<b>1.1.4 Proceso de evaluación .....</b>	<b><i>7</i></b>
<b>1.2 Proceso diagnóstico.....</b>	<b><i>15</i></b>
<b>1.2.1 Diagnóstico presuntivo.....</b>	<b><i>15</i></b>
<b>1.2.2 Diagnóstico Diferencial.....</b>	<b><i>16</i></b>
<b>1.2.3 Diagnóstico Final.....</b>	<b><i>18</i></b>
<b>Capítulo dos.....</b>	<b><i>20</i></b>
<b>Metodología .....</b>	<b><i>20</i></b>

<b>2.1 Tratamiento / Intervención .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.1 Objetivos terapéuticos .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.2 Plan de tratamiento / Intervención.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.3 Descripción de sesiones realizadas en el proceso terapéutico .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo tres.....</b>	<b>27</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>27</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>31</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>32</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>33</b>

#### Índice de tablas

<b>Tabla 1 Diagnóstico Presuntivo.....</b>	<b>15</b>
<b>Tabla 2 Diagnóstico Diferencial.....</b>	<b>16</b>
<b>Tabla 3 Diagnóstico Definitivo.....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 4 Plan de intervención terapéutica.....</b>	<b>20</b>
<b>Tabla 5 Ficha de observación de variables cualitativas.....</b>	<b>27</b>

## Resumen

El actual estudio denominado intervención psicoterapéutica integrativa en un caso clínico de dependencia de alcohol y cocaína en la actualidad en abstinencia en un medio protegido, describe el proceso terapéutico de enfoque cognitivo – conductual realizado a un paciente de 36 años de edad el cual presenta un trastorno mental y del comportamiento por consumo de sustancias (alcohol y cocaína) acude al centro con la intención de “disminuir” dicho consumo manifestando que le ha causado conflictos en el ámbito personal, familiar, laboral y económico. La valoración realizada con los instrumentos psicológicos, el análisis diagnóstico y el plan terapéutico se desarrollaron con la finalidad de reducir el consumo de alcohol presentado además de fortalecer la relación familiar, brindar estrategias de resolución de conflictos, habilidades sociales y construcción de relaciones positivas evidenciando avances positivos en el paciente durante y después del tratamiento a través de técnicas que disminuyeron las conductas de riesgo.

*Palabras clave:* consumo, alcohol, dependencia.

### **Abstract**

The current study called integrative psychotherapeutic intervention in a clinical case of alcohol dependence and cocaine currently in abstinence in a protected environment, describes the therapeutic process of cognitive-behavioral approach carried out on a 36-year-old patient who presents a mental and behavioral disorder due to substance use (alcohol and cocaine) and comes to the center with the intention of "reducing" such consumption, stating that it has caused him conflicts in the personal, family, work and economic spheres. The assessment carried out with the psychological instruments, the diagnostic analysis and the therapeutic plan were developed with the purpose of reducing the alcohol consumption presented in addition to strengthening the family relationship, providing conflict resolution strategies, social skills and building positive relationships, showing positive advances in the patient during and after the treatment through techniques that reduced risk behaviors.

*Keywords:* consumption, alcohol, dependence.

## Introducción

El alcohol es una sustancia psicoactiva que tiene factores desencadenantes que pueden generar dependencia, su uso se ha dado a lo largo del devenir de la historia como en diversas culturas y etnias. Cuando el alcohol llega a ser nocivo puede generar una carga sanitaria, social y económica considerable para la sociedad. En la actualidad la ingesta de alcohol es una actividad normalizada y percibida desde temprana edad como algo habitual, normal o típico en su entorno. Es relevante mencionar que no todas las personas que consumen bebidas alcohólicas necesariamente llegan a tener un consumo problemático o una dependencia, esto se da cuando el consumo se intensifica y llega a ser repetitivo provocando dificultades clínicamente significativas en el área familiar, social, laboral y personal (García et al., 2022).

El presente trabajo de investigación abordará sobre el consumo de alcohol el cual constituye un importante problema de salud pública, iniciando desde una perspectiva general según lo proyectado por la Organización mundial de la salud [OMS] (2022), que sostiene: “el consumo nocivo de esta sustancia es causa de más de 200 enfermedades y trastornos cada año ocasionando 3 millones de muertes aproximadamente lo que representa un 5,3% de defunciones, lo cual se considera como una cifra preocupante”.

En nuestro contexto según la última nómina del Instituto de Estadísticas y Censos [INEC] (2014), más de 900.000 ecuatorianos consumen alcohol, representado cifras de un 89,7% en hombres y un 10,3% en mujeres, constituyendo un problema social alarmante a nivel mundial como en nuestro entorno.

Según el estudio de Barra et al., (2008) cuando el consumo de alcohol se mantiene a lo largo de las diferentes etapas de vida o desarrollo de la persona hasta llegar a una edad adulta pueden intervenir factores que actúan como desencadenantes para que se genere un consumo excesivo e intensificado de la sustancia llegando al punto de ser perjudicial para la salud de la persona.

El consumo de alcohol no solo puede llegar a causar dependencia, también puede producir un riesgo a padecer enfermedades físicas, accidentes de tránsito, violencia y

conductas sexuales de riesgo (Suárez et al., 2016). Podemos deducir que todo este conjunto de efectos negativos aparte de aquejar directamente a la persona también puede generar un daño al bienestar y salud del entorno que lo rodea como su familia o las personas cercanas que presencian y son parte de este medio, que sufren estas consecuencias de forma física, emocional y psicológica.

La terapia cognitivo conductual (TCC) es un tratamiento psicológico breve de primera elección para diversos trastornos mentales, se enfoca en ayudar a disminuir el malestar o el cambio sintomático presente en el paciente, en el siguiente caso clínico se empleará dicha terapia con el objetivo de modificar las cogniciones y conductas en base a la práctica de habilidades y estrategias brindadas (Fullana et al., 2012).

El presente caso clínico parte desde la motivación a promover investigaciones con mayor nivel de evidencia que reflejen y ayuden a conocer la realidad actual que vive la sociedad frente al consumo de alcohol el cual representa a uno de los principales factores de riesgo de salud en el mundo (Pineda et al., 2018). Visto de esta forma el siguiente reporte de caso orienta mediante el análisis de la condición de un individuo y la respuesta que da al tratamiento aplicado a conocer cómo se presenta la sintomatología, el transcurso de la enfermedad y las afectaciones que posee la persona en los ámbitos de su vida de ese modo surge la necesidad de ampliar los conocimientos sobre propuestas terapéuticas que dirijan a nuevas líneas de investigación a través de la experiencia clínica.

Los contenidos que se abordaran comprenden desde el capítulo uno el cual inicia con el marco teórico describiendo los datos de identificación, el motivo de consulta, la historia del problema y el proceso de evaluación aplicado al paciente para el análisis de diagnóstico (presuntivo, diferencial y final) continuando con el capítulo dos que explica la metodología empleada en base a los objetivos terapéuticos y el plan de intervención por consiguiente en el capítulo tres se exponen los resultados obtenidos de la intervención, la discusión y conclusiones del estudio finalizando con las recomendaciones manifestadas para futuras indagaciones.

## **Capítulo uno**

### **Marco teórico**

#### **1.1 Presentación del caso**

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

##### **1.1.1 Identificación del paciente**

Paciente masculino de 36 años de edad nace en la ciudad de Loja el 01 de agosto de 1985, residente actualmente en el cantón Catamayo, de estado civil divorciado mantiene una relación en unión libre con su actual pareja con la cual tiene un hijo de 10 años de edad. Es maestro en mecánica automotriz, proviene de una familia extensa con nivel socioeconómico medio, refiere que es su primer internamiento en el centro de rehabilitación, por consumo de alcohol.

##### **1.1.2 Motivo de consulta**

Paciente ingresa al Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD) por voluntad propia presentando aparentemente un consumo problemático de alcohol y desde hace 8 meses consumo de cocaína. Refiere que esto le ha causado problemas en su ámbito familiar ocasionando conflictos con su actual pareja, en lo laboral ya que este espacio se había convertido en su lugar de consumo y económico por falta de pago a sus empleadores manteniendo deudas pendientes por adquisición de bebidas alcohólicas.

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

Paciente manifiesta que en su adolescencia cursando los 13 años de edad, consume por primera ocasión alcohol, refiere que fue “su primera borrachera” en términos coloquiales alegando que “bebió un vaso de punta” por curiosidad, luego a sus 15 años se presentó su siguiente episodio el cual se dio junto a su primo en el que dice llegar por primera vez a un

“estado de embriaguez total”, aludiendo que lo hicieron por curiosidad, que estaban solos y que con poca cantidad habían llegado al estado mencionado.

Desde el paso de su adolescencia a su juventud, el usuario relata que el consumo de alcohol fue periódicamente, señala que en “La plaza de San Sebastián frecuentaba con sus amigos para tomar y fumar tabaco”, consumía esas dos sustancias con más predominancia el uso de alcohol, desde entonces pasando a su adultez la ingesta del mismo se fue intensificando, junto a los amigos con los que concurría, menciona que tiene un amplio círculo social, detalla que por lo general sus “amistades” eran mayor a él.

En la adultez desde sus 27 años el paciente menciona que debido a su consumo de alcohol tuvo conflictos a nivel familiar con su pareja ya que se presentaban peleas constantes, a nivel laboral el usuario indica que había ocasiones en las que no pago puntualmente a sus empleados por falta de dinero como descuido por su consumo, mantenía deudas pendientes en tiendas de su sector por compra de botellas de alcohol viéndose afectada su economía.

En muchas ocasiones refiere que: “no llegaba a casa, por estar con sus amigos” o en algunos casos se quedaba “dormido en los carros que tenía en su taller y no ingresaba a su hogar, sin avisar que se encontraba ahí”, este comportamiento generó desconfianza en su pareja, también indica que “en un principio tenía temor de consumir alcohol en su domicilio por respeto a su pareja, sin embargo, en el último año comenzó a ingerir bebidas alcohólicas dentro de su hogar y espacio laboral”.

Señala que su consumo de alcohol lo realizaba en reuniones familiares llegando a estar “tomado antes de tiempo” por lo que su pareja se molestaba y no le gustaba asistir a dichas reuniones, también tuvo épocas en las que quiso dejar de consumir alcohol, pero no lograba mantenerse sobrio por mucho tiempo, comentando que le prometía a su pareja e hijo que no lo haría y en un periodo de 15 días o menos rompía con aquella “promesa” volviendo a su consumo.

El paciente revela que hace 8 meses aproximadamente “prueba cocaína”, refiriéndose como “tabacos armados” y que comenzó cuando estaba “bebiendo alcohol con sus amigos y uno de ellos le ofreció dicha sustancia” menciona que cuando consumía cocaína le quitaba

el malestar que tenía por el alcohol y le permitía seguir bebiendo. Describe que él no compraba directamente la sustancia y que no consume con frecuencia alegando que lo hizo “1 o 2 veces cada mes”, relata que su último consumo fue hace un mes aproximadamente antes de su ingreso al centro, refiere que su pareja tenía sospechas en las cuales él siempre se lo negó.

Una semana antes previa a su ingreso, el paciente explica que “consumió bebidas alcohólicas durante 5 días aproximadamente” señalando que no descuido sus labores en su trabajo, sin embargo, esa semana es importante mencionar que se presentaron conflictos con su pareja llegando a una separación consecuentemente se planteó que ingrese al centro de rehabilitación en el que el usuario también estuvo de acuerdo pidiendo que lo lleven al centro especializado en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), esta información fue aportada por su pareja. El paciente ingreso al centro por voluntad propia, en estado etílico, con el fin de “disminuir su consumo además de recuperar su hogar y su vida”.

#### **1.1.4 Proceso de evaluación**

La evaluación es una función fundamental en el ejercicio psicológico para el proceso de recogida de información a través de técnicas y herramientas psicológicas que permiten indagar, proponer hipótesis, plantar objetivos, intervenir y pronosticar sobre los datos obtenidos, Ballesteros (2013) describe que la valoración psicológica es aquella disciplina científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano (o grupo especificado de sujetos) con distintos objetivos aplicados (descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración de los tratamientos o intervenciones aplicadas).

A continuación, se explicarán cada una de las técnicas como de los instrumentos psicológicos aplicados:

### **Entrevista semiestructurada**

La entrevista es un argumento general que se la considera como una de las técnicas cualitativas más utilizadas en investigación sociológica como también en ciencias de la salud (Lázaro, 2021).

Para el presente proceso de evaluación desde la primera sesión se utilizó la entrevista semiestructurada, según Lázaro (2021) esta tiene como fin recolectar datos de los entrevistados a través de un conjunto de preguntas abiertas, requiere que el entrevistador disponga de un guion que contiene temas de lo que se va a tratar dicho diálogo, también se puede incorporar nuevas preguntas cuando se estime conveniente, explicar nuevos significados de preguntas que hayan sido formuladas como pedir aclaraciones al entrevistado cuando no se comprende algún tema además de solicitar al paciente que profundice algún aspecto introduciendo nuevas preguntas. Todo esto permite que el entrevistador pueda establecer un estilo de conversación personal y propia.

Esta técnica a lo largo de las consultas psicológicas permitió recolectar información general del paciente como son los datos sociodemográficos (nombre, edad, género, etc) el motivo de consulta y la historia de su enfermedad conociendo el modo de inicio como los diversos factores desencadenantes, desde un primer instante se basó en seguir la secuencia de lo relatado por el paciente, el contenido que iba surgiendo a lo largo de las sesiones derivó a temas que se consideraron de mayor interés para su posterior indagación.

### **Observación Psicológica**

Es una práctica que permite obtener un mayor número de datos a través del estudio que realiza el profesional, mediante el empleo de sus propios sentidos, con o sin ayuda de elementos técnicos. Es importante destacar que en psicología clínica los datos subjetivos y objetivos que se obtienen mediante esta técnica son complementarios y se validan mutuamente, permiten tener un estudio total del paciente en sus múltiples facetas: somática, psicológica, social, cultural y espiritual, las cuales son la parte integral de la persona (Díaz, 2011).

En el presente caso mediante la observación se valoró en el paciente como se presentaba a las consultas psicológicas en relación a su vestimenta e higiene personal, además de analizar su lenguaje corporal, expresión facial y tono de voz.

### **Test psicológicos**

El test psicométrico es una medición objetiva y estandarizada que mide el comportamiento de un determinado individuo. Mediante su aplicación tratan de que la información que se obtiene sea válida y fiable, para que de acuerdo a su puntuación haya una correcta interpretación (Sanfeliciano ,2020).

Por lo tanto, el uso de diversos reactivos psicológicos permitió obtener variables relevantes del usuario en base a parámetros como la ansiedad, depresión, personalidad, cognición, entre otros los mismos que se irán detallando a continuación:

### **Minimental state examination (MMSE)**

El presente test fue elaborado por Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang en el año 1975, su aplicación es de forma individual en un tiempo aproximado de 5 a 15 minutos, es utilizado para la detección temprana de deterioro cognitivo, la edad de aplicación del instrumento es a personas de 65 años en adelante; está conformado por 30 ítems los cuales se agrupan en 6 procesos cognoscitivos con su puntuación correspondiente: orientación temporal (5 puntos), orientación espacial (5 puntos), fijación de recuerdo (3 puntos), atención y cálculo (5 puntos) y lenguaje (9 puntos) (Rojas et al., 2017).

La interpretación y calificación se determina según el número de aciertos presentados de la siguiente forma: cuando se obtiene un puntaje de 27 o 30 puntos siendo esto la calificación máxima se establece que la persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva, si obtiene 24 puntos o menos se deduce que hay una sospecha patológica por lo tanto si presenta una puntuación de 12 a 24 se considera como un posible deterioro cognitivo, mientras que de 9 a 12 puntos indica que la persona presenta demencia por lo consiguiente en un puntaje inferior a 5 se interpreta que la persona presenta un deterioro cognitivo severo (Folstein et al., 1975).

Teniendo en cuenta lo descrito sobre el objetivo del reactivo psicológico, el paciente obtuvo una calificación de 29 puntos lo que quiere decir que no presenta deterioro cognitivo aparentemente, su aplicación fue en una sesión psicológica en la cual se dio a conocer durante su procedimiento las indicaciones pertinentes para su desarrollo; su administración fue de forma individual y heteroaplicada en un tiempo de 10 minutos aproximadamente.

### **Test Gestáltico Visomotor de Bender**

Fue diseñado por Lauretta Bender entre el año 1932 y 1938, con el objetivo de evaluar la función gestáltica visomotora, detectar lesión cerebral, dificultades perceptuales y algunos aspectos emocionales. Su aplicación es de forma individual y grupal (preferentemente individual), el tiempo de aplicación es de 15 minutos aproximadamente y está dirigido a una población de niños y niñas a partir de 5 años hasta adolescentes y adultos.

Su administración es a través de nueve tarjetas blancas de tamaño postal, cada una presenta un diseño trazado en negro en la parte central enumerada de la siguiente forma, la primera carta dispone la letra (A) representando el primer estímulo, las cartas restantes llevan una numeración del 1 al 8 (Heredia et al., 2012).

Koppitz, E (1980) indica que la escala del test está conformada por categorías como; distorsión de la forma, rotación, anulaciones, omisiones, orden confuso, superposición de las figuras, compresión, doble intento, perseveración, círculos o rayas en lugar de puntos, línea ondulada, forma de los círculo, achatamiento, número incorrecto de puntos, inconexión entre las uniones de cuadrado y curvas, ángulo en las curvas, adición de ángulos y recuadros, representado en dimensiones de organización, movimiento y calidad de líneas, tamaño de dibujos, modificaciones y distorsiones de la Gestalt. Su interpretación es en base a la escala de Koppitz.

El presente reactivo psicológico fue aplicado en una sesión psicológica de forma individual y heteroaplicada se le dio las indicaciones desde un inicio al paciente con el uso de las 9 tarjetas para su desarrollo, como resultados en los indicadores de lesión cerebral el usuario presenta organicidad con un total de 5 signos, en indicadores de trastorno emocional con un total de 3 signos se concluye que el usuario se presenta emocionalmente perturbado

por su parte en personalidad de interpreta que el paciente muestra inestabilidad motora, inestabilidad de personalidad, inestabilidad emocional, impulsividad, falta de interés y ambivalencia, la valoración del presente reactivo fue durante 15 minutos aproximadamente.

### **Inventario de ansiedad de Beck (BAI)**

Elaborado por Aaron T. Beck, Norman Epstein, Gary Brown y Robert A. Steer (1988), con la finalidad de valorar la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad, es aplicado de manera individual y colectiva en un tiempo de 5 a 10 minutos aproximadamente.

Inicialmente fue desarrollado para la población clínica de pacientes adultos ambulatorios o internos con trastornos psicopatológicos, pero en el transcurso de tiempo ha sido aplicado y validado para otros tipos de poblaciones tanto clínicas (p. ej., pacientes adolescentes con trastornos psicopatológicos, pacientes adultos y adolescentes con enfermedades médicas, pacientes geriátricos) como no clínicas (adultos, adolescentes y ancianos de la población general, estudiantes universitarios) (Sanz, 2020).

Está constituido por 21 ítems en una escala de tipo Likert (0 a 3) la cual está presentada en categorías de gravedad desde “Mínima”, “Leve”, “Moderada” y “Grave”. La puntuación se obtiene con la suma de las respuestas de cada uno de los 21 síntomas interpretado de la siguiente manera: cuando la persona alcanza una calificación superior a 36 puntos indica que presenta ansiedad severa; 22 a 35 puntos determina ansiedad moderada y de 0 a 21 puntos ansiedad baja (Sanz, 2020).

Este instrumento nos permitió evaluar la intensidad de síntomas de ansiedad en el usuario, con respecto a su administración fue de forma individual y autoaplicada en una sesión psicológica durante un tiempo estimado de 5 minutos, en donde se obtuvo un total de 4 puntos siendo esto una calificación baja por lo que se deduce que el usuario presenta niveles de ansiedad mínimos aparentemente.

### **Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ – 9)**

El instrumento psicológico fue creado por Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas en el año 1999, su administración es de forma autoaplicada o heteroaplicada en un tiempo de 5 a 10 minutos aproximadamente, permite evaluar la

presencia de síntomas depresivos los cuales son basados en los criterios del manual diagnóstico DSM – IV para el episodio depresivo mayor, dirigida a una población de adultos.

El número de reactivos es de 9 ítems dispone de una escala de tipo Likert la cual va de 0 (nunca) / 1 (varios días) / 2 (más de la mitad de los días) / 3 (casi todos los días), la puntuación se determina en un rango de 0 a 27 puntos organizado en 4 categorías: 0 – 4 mínimo, 5 – 9 leve, 10 – 14 moderado, 15 – 19 moderado y 20 – 27 grave, el punto de corte recomendado en el presente reactivo es en el ítem 8 y 11 para un probable caso de depresión mayor (Cassiani et al., 2017).

Sus dimensiones están conformadas por términos como ánimo depresivo o irritable, anhedonia, cambio significativo del peso o apetito, cambio en patrones del sueño, agitación o letargo psicomotor, fatiga o disminución de energía, sentimiento de culpa, problemas de concentración e ideación suicida (Gil, 2019).

El cuestionario PHQ – 9 permitió evaluar la presencia de síntomas depresivos que pueden estar presentes en las últimas 2 semanas, fue aplicada de forma individual (autoaplicada) en un tiempo de 5 minutos aproximadamente en una sesión psicológica, no hubo complicación durante el procedimiento; como puntaje el paciente obtuvo 2 puntos lo que refleja que presenta un nivel de depresión mínimo aparentemente considerado como bajo según su escala.

### **Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)**

Elaborado por la Organización mundial de la salud (OMS) y Panamericana de la salud (2011), permite evaluar el consumo de sustancias su aplicación puede darse de forma heteroaplicada y autoaplicada en un tiempo de 5 a 10 minutos aproximadamente, está dirigida a una población de personas en un rango de edad entre 18 a 60 años.

Presenta 8 ítems los cuales permiten medir el consumo en sustancias como el tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas, la calificación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de preguntas desde la segunda a la séptima, los resultados de la pregunta ocho no cuentan para la puntuación general; su

clasificación referente al nivel de riesgo de cada sustancias para la persona va desde “bajo”, “moderado” y “alto” en base a estos indicadores se determina la intervención adecuada “no tratamiento”, “intervención breve” o “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento” respectivamente (Babor et al., 2001).

El vigente test se lo aplicó al usuario en un tiempo de 10 minutos aproximadamente en una sesión psicológica, no hubo inconveniente durante la administración de la prueba que fue de forma heteroaplicada, teniendo como resultado un puntaje de 35 puntos en la sección (b) correspondiente a bebidas alcohólicas deduciendo que presenta un nivel alto de riesgo con una probable dependencia de esa sustancia y posiblemente esté teniendo problemas en la salud, el ámbito social, económico, legal y en las relaciones personales como resultado del consumo de sustancias, por lo que se recomienda la derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento con un profesional para la intervención de drogas y alcohol, mientras que en la sección (d) correspondiente a cocaína, el usuario obtuvo un puntaje de 21 puntos el cual quiere decir que se evidencia un nivel de consumo moderado y si el consumo continúa indicaría una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, se recomienda que el paciente tenga una intervención breve que implique estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de la sustancia.

### **Cuestionario de rasgos de personalidad (SEAPSI)**

El presente reactivo fue elaborado por Lucio Balarezo (2010), el cual indica que el cuestionario permite identificar rasgos predominantes de personalidad, su aplicación puede ser individual o colectiva en un tiempo de 10 a 15 minutos aproximadamente dirigido a una población de personas con una edad de 15 años en adelante.

Contiene 10 ítems, las dimensiones de personalidad que evalúa según Balarezo (2010) son: Personalidad con predominio afectivo (histriónica o ciclotímica), personalidad con predominio cognitivo (paranoide o anancástica), personalidad con predominio comportamental (impulsivo o disocial) y personalidad con déficit relacional (esquizoide, dependiente, evitativa y esquizotípica). Su calificación e interpretación se consigue a partir

del conteo que se realice en cada sección de personalidad colocando el resultado en el cuadro ubicado al final de su respectivo apartado, las respuestas oscilan entre 0 a 10.

El siguiente instrumento fue aplicado en 2 sesiones psicológicas durante una hora aproximadamente entre las dos consultas, fue administrada de forma individual y heteroaplicada, hubo complicaciones en alguno de los enunciados del instrumento ya que el paciente no comprendía ciertos términos por lo que pidió que se le explique e iba dando un ejemplo de lo que comprendía por lo tanto la aplicación se extendió más del tiempo establecido, el paciente presentó verborrea por lo que se tuvo que concretar para continuar con los demás ítems. El tipo de personalidad que predominó fue la cognitiva teniendo características de personalidad anancástica la cual indica que el paciente puede buscar la perfección en ocasiones, se enfoca en los detalles y posible tendencia a la indecisión mientras que el rasgo paranoide puede presentar características de liderazgo y preocupación de dudas no justificadas de lealtad aparentemente.

#### **Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT)**

Permite valorar la cantidad y frecuencia de consumo además de identificar el riesgo de uso de alcohol; desarrollado bajo la tutela de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001), su administración es de forma autoaplicable aproximadamente en un tiempo de 2 a 4 minutos enfocada a personas mayores de 18 años en adelante.

Dispone de 10 ítems valorados en una escala de tipo Likert, para su puntuación y calificación se determina desde un riesgo bajo cuando la persona obtiene una puntuación de 0 – 7 puntos; riesgo medio 8 – 15 puntos; riesgo alto 16 – 19 puntos y probable adicción de 20 o más puntos (Boubeta et al., 2017).

El instrumento fue aplicado en una 1 sesión psicológica durante 5 minutos aproximadamente, como resultados se obtuvo que el paciente presenta un nivel de riesgo alto con un puntaje de 19 por lo que se sugiere terapia breve y un abordaje continuado según el manual.

## 1.2 Proceso diagnóstico

Permite realizar un proceso inferencial que se ejecuta a partir de un cuadro clínico, está destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente en base a una valoración general de la persona con el fin de obtener datos relevantes y formar criterios diagnósticos para un posterior análisis (Guevara, 2021).

### 1.2.1 Diagnóstico presuntivo

A través de la primera entrevista clínica que se tenga con el paciente, el profesional con la información brindada, mediante la observación y escucha activa de las diferentes sintomatologías y problemáticas que expone el usuario crea un diagnóstico hipotético en base a una suposición razonable que con las siguientes entrevistas se va descartando o determinando un diagnóstico definitivo (Guevara, 2021).

**Tabla 1**

*Diagnóstico presuntivo*

Código	Diagnóstico Clínico	Manual Diagnóstico
F10.2	Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de alcohol – síndrome de dependencia.	Cie - 10
F10.3	Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de alcohol – Síndrome de abstinencia	Cie – 10
F14.0	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína	Cie – 10
F14.2	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína – síndrome de dependencia de la cocaína	Cie – 10
Z63.0	Problemas de relación entre esposos o pareja	Cie – 10

*Nota:* (Organización Mundial de la Salud, 2000)

Se pudo llegar a los posibles diagnósticos del paciente expuestos anteriormente, desde el primer acercamiento que se tuvo con el mismo en la entrevista psicológica en donde la información brindada permitió conocer los síntomas, signos y posibles causas del malestar que aquejaba el usuario.

### 1.2.2 Diagnóstico diferencial

Se trata de un método mediante el cual se considera las posibles causas de hallazgos clínicos de los pacientes antes de llegar a un diagnóstico final para eso se implica una táctica de selección con el fin de descartar y determinar un diagnóstico correcto (Richardson et al., 2000).

Es un procedimiento que permite excluir otras posibles causas que presenta un cuadro clínico semejante al que el paciente en estudio padece, como se presenta a continuación:

**Tabla 2.**

#### *Diagnóstico diferencial*

<b>Código</b>	<b>Trastorno</b>	<b>Criterios del manual diagnóstico (CIE-10)</b>	<b>Análisis diferencial</b>
F10.3	Trastorno mental y del comportamiento por consumo de alcohol – síndrome de abstinencia	El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo: ansiedad, depresión y trastorno del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia- es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia. Es necesario recordar que los síntomas de abstinencia pueden incluirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia solo se hará si lo requiere su gravedad.	Se descarta ya que el paciente no ha manifestado ni se ha evidenciado síntomas somáticos graves que requieran atención médica prioritaria. No se evidencia la presencia de trastornos psicológicos debido al uso de sustancias, Conserva un buen apetito y sus horas de sueño. Los criterios también se

---

			descartan en base a los resultados obtenidos en los reactivos psicólogos lo cual se complementa con los anteriores puntos.
--	--	--	--

---

F14.2	Trastornos mentales y del comportamiento o debido al uso de cocaína – síndrome de dependencia de la cocaína.	Durante 12 meses previos o de modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Deseo intenso o compulsión a consumir cocaína</li> <li>— Disminución de la capacidad para controlar el consumo de cocaína (para controlar el comienzo del consumo o para poder terminarlo)</li> <li>— Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de cocaína, o consumo de cocaína con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia</li> <li>— Tolerancia: se requiere un aumento progresivo de la dosis de cocaína para conseguir los mismos efectos</li> <li>— Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de cocaína, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir cocaína o para recuperarse de sus efectos</li> <li>— Persistencia en el consumo de cocaína a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales</li> </ul>	Se descarta el presente diagnóstico ya que el paciente no cumple con el tiempo establecido de 12 meses. No mantiene deseos de consumo de la sustancia y no presenta síntomas somáticos de un estado de abstinencia.
-------	--	---	---

---

### 1.2.3 Diagnóstico final

Para llegar a un diagnóstico final el profesional se basa en los resultados obtenidos mediante los instrumentos psicológicos aplicados y el análisis de las características que presenta el paciente, realiza un análisis de la sintomatología presentada con los criterios diagnósticos para una correcta interpretación final (Richardson et al., 2000).

**Tabla 3.**

Diagnóstico definitivo

<b>F10.21 Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de alcohol – síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia en un medio protegido.</b>	
<b>Criterios diagnósticos</b>	<p>El consumo del paciente se relaciona con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia</li> <li>b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.</li> <li>e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.</li> <li>f) Persistencia en el consumo de sustancias a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.</li> </ul>
<b>Análisis final</b>	<p>Referido por el paciente antes de su ingreso como durante el mismo se han presentado deseos de consumir alcohol.</p> <p>Relata intentos fallidos de dejar la bebida en ocasiones anteriores y de controlar su consumo.</p> <p>Ha dejado a un lado actividades familiares y laborales, a pesar de presenciar las consecuencias que estaba teniendo en aquellos ámbitos de su vida.</p> <p>El presente análisis se revalida con el resultado obtenido en la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), en la cual obtuvo un puntaje de 35 de la sección (b) correspondiente a bebidas alcohólicas en donde se deduce que presenta un alto nivel de riesgo con una probable dependencia de la sustancia.</p>

*Nota:* (Organización Mundial de la Salud, 2000)

---

**F14.0 Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína**


---

**Criterios diagnósticos** Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de cocaína que produce alteraciones del nivel de conciencia, cognición, percepción, estado afectivo, comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

**Análisis final** Según lo manifestado por el paciente hay una desinhibición relacionada con su contexto social.

El presente análisis se revalida con el resultado obtenido en la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), en la cual obtuvo un puntaje de 21 de la sección (d) correspondiente a cocaína, se deduce que presenta un nivel de consumo moderado y si el mismo continúa indicaría una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo se recomienda que el paciente tenga una intervención breve que implique estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de la sustancia.

---

*Nota:* (Organización Mundial de la Salud, 2000)

---

**Z63.0. Problemas de relación entre esposos o pareja**


---

**Criterios diagnósticos** Discrepancias entre la pareja que resultan en una pérdida de control grave o prolongada, generalización de sentimientos hostiles o críticos o en una persistente atmósfera de violencia interpersonal severa (con golpes o ataques).

**Análisis final** Conflictos en la relación de pareja debido al consumo de alcohol y presencia de sentimientos hostiles en la relación.

---

*Nota:* (Organización Mundial de la Salud, 2000)

En base a las entrevistas clínicas e instrumento psicológico utilizado (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST) se pudo evaluar al paciente como recoger información del mismo, permitiendo que se tenga una visión más amplia y clara sobre las sintomatologías, signos y malestar que presenta el usuario lo que direccionó al diagnóstico final.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1 Tratamiento/Intervención

##### 2.1.1 Objetivos terapéuticos

- Desarrollar un proceso de intervención clínica desde el enfoque cognitivo – conductual para la reducción de consumo de alcohol y cocaína.
- Fomentar conductas positivas en el paciente para que mantenga una vida saludable y se reduzcan las conductas de riesgo presentadas antes de su ingreso.

##### 2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

**Tabla 4.**

*Plan de intervención terapéutica*

SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	Brindar información necesaria sobre el consumo de sustancias (alcohol y cocaína) para fortalecer la adherencia al tratamiento.	Psicoeducación	Se observó que el paciente no presentaba conocimiento sobre las enfermedades que se podrían desencadenar como las demás consecuencias por el consumo de sustancias en especial de la cocaína. Durante la sesión se mantuvo interesado, hacía preguntas constantes y daba ejemplos que los relacionaba con lo acontecido en su vida.
2	Modificación de esquemas del paciente	Técnica de flecha descendente	Durante la sesión el paciente se mostró colaborador, mediante las preguntas realizadas manifestó

				que el haber adquirido responsabilidades laborales a temprana edad, salir de su hogar y mantener “amigos” por lo general mayores a él que consumiera alcohol prematuramente fueron parte de las causas para iniciar su consumo de alcohol.
3	Identificación de pensamientos	de	Diálogo socrático Escucha empática	Se abordaron temas en relación a su consumo de alcohol y cocaína, analizando la afectación que había generado en su hogar en relación a su pareja e hijo; el paciente se mostró melancólico. Al final de la sesión se lo vio tranquilo y motivado manifestando el esfuerzo que pondría para recuperar a su familia.
4	Proporcionar competencias que permitan mejorar y establecer relaciones sociales más satisfactorias.		Habilidades sociales	El usuario relato que en muchas ocasiones no daba a conocer de forma correcta sus emociones, lo que pensaba o quería y si lo hacía muchas veces no era de una forma adecuada.
5	Emplear estrategias para un apropiado manejo de		Técnica de detención de pensamientos Técnica de distracción.	Durante la sesión se estableció junto al usuario los pensamientos que

	pensamientos recurrentes.			presenta en relación al consumo de alcohol y cocaína para su reducción. En la técnica de distracción se basó en que el paciente pueda cambiar su enfoque atencional con actividades que sean de agrado para el mismo.
6	Identificar alternativas asertivas frente a una dificultad.	Resolución de conflictos	de	El usuario refirió que en muchas ocasiones por su consumo de alcohol se generaron conflictos con su pareja y que ahora entiende el daño que le estaba causando a ella como a su hijo, también recordaba las veces que los hizo pasar mal por su conducta.
7	Realizar un repaso de los objetivos terapéuticos. Identificar situaciones de riesgo y factores protectores.	Prevención de recaídas	de	El paciente fue identificando los avances que ha obtenido durante el tratamiento y manifestó su interés por conservar hábitos saludables.

### 2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico

#### Sesión 1: Psicoeducación

Según Godoy et al., (2020) la psicoeducación es una técnica que permite una adecuada adherencia al tratamiento, se basa en la proporción de información al paciente como familiares acerca de la enfermedad, el tratamiento que se requiere como el pronóstico

con el adecuado sustento científico además de abordar situaciones de la vida cotidiana las cuales se pueden volver complejas por el desconocimiento.

El presente plan terapéutico inició con la psicoeducación, consultando al usuario si conocía sobre las causas y consecuencias de consumir sustancias psicoactivas en especial el alcohol y cocaína para luego poder reforzar y proporcionar información específica de dichas sustancias, durante la sesión también se fue identificando las afectaciones que se pueden presentar en el ámbito familiar, laboral, económico, social y en la salud para finalizar con el abordaje de dudas y corrección de creencias erróneas que manifestaba el usuario con un diálogo activo de los datos proporcionados.

### **Sesión 2: Técnica de flecha descendente**

Es una técnica que permite indagar sobre las creencias nucleares que tiene la persona a través de preguntas que van desglosando sus pensamientos con el fin de que el usuario adquiriera un cambio positivo en fusión a su experiencia en el pasado, presente como futuro (Guevara, 2018).

Mediante la técnica de flecha descendente se trató de que el paciente identificara sus propios patrones de pensamientos para ir analizando como estos tiene influencia sobre su vida consecuentemente por medio de preguntas se examinó en las respuestas proporcionadas por el usuario sobre el inicio de su consumo de sustancias (alcohol y cocaína) con el fin de conocer la perspectiva que presenta de cómo y por qué comenzó la conducta.

### **Sesión 3: Diálogo socrático y escucha empática**

El diálogo socrático es una técnica que tiene como objetivo la discrepancia en la persona sobre su conceptualización para la indagación de nuevas ideas o pensamientos de la situación es importante mencionar que está considerado como un procedimiento psicoterapéutico de intervención y no como una técnica de evaluación (Córdoba et al., 2019).

La aplicación se la dio en una sesión terapéutica realizando preguntas inductivas al paciente para entender la perspectiva o punto de vista del mismo, abordando temas en relación a los problemas que presentó en su hogar, a nivel laboral, económico y personal

por el consumo que mantenía, las preguntas permitieron orientar al usuario a una reflexión como análisis de aquellos acontecimientos y que él mismo descubra soluciones y amplíe sus tendencias constructivamente, se desafió cuidadosamente sus ideologías con el fin de que pueda crear nuevas conclusiones. En la misma sesión psicológica como en las demás se practicó la escucha empática la cual permitió atender al paciente sin criticar o crear algún perjuicio sobre lo comentado.

#### **Sesión 4: Habilidades sociales**

Gismero (2000), nos dice que “Las habilidades sociales son un conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera asertiva, respetando todo ello en los demás, trae como consecuencia el autorreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo” (p.12).

En base a esta técnica se trabajó con el paciente mediante la explicación del concepto de ser asertivo, agresivo y pasivo, posteriormente se realizaron ejercicios de asertividad y comunicación con el fin de que pueda adquirir herramientas que le permitan tener relaciones sociales más fluidas y constructivas dando a conocer sus pensamientos, emociones, sentimientos, ideas, opiniones, necesidades desde el respeto sin causar afectaciones a los demás ni a sus derechos, estableciendo de esta manera vínculos positivos con su entorno, también se emplearon ejemplos de situaciones de vida cotidiana para que el usuario vaya respondiendo como las resolvería de una forma asertiva.

#### **Sesión 5: Técnica de detención de pensamientos y técnica de distracción**

La técnica de detención de pensamientos permite trabajar en aquellos pensamientos disfuncionales con el fin de reducir el estrés producido como la ansiedad que pueda presentar el paciente, en un inicio se debe identificar aquellos pensamientos negativos que estén persistentes en relación al consumo de esta manera se podrá realizar la detención de los pensamientos y sustituirlos por otros más adecuados y positivos para la persona (Mesa, 2018).

En complemento a esta práctica también se aplicó la técnica de distracción la cual consiste en centrar la atención de la persona a otra acción que no sea relacionada al consumo de sustancias para aliviar la ansiedad que pueda surgir, dentro de este orden de ideas en la sesión psicológica se dio a conocer sobre el concepto de los pensamientos recurrentes en referencia al consumo; reforzado en las terapias grupales (Gamze et al., 2019).

En función a lo planteado durante la intervención se fue estableciendo en colaboración del usuario los pensamientos que presentaba relacionado al consumo de alcohol para su reducción, mediante ejemplos se proporcionó alternativas para cambiar dichos pensamientos a otros que sean positivos y útiles enfocados en que puede estar bien sin consumir alcohol además de compartir “sanamente” en familia, por consiguiente la técnica de distracción permitió modificar su enfoque atencional con actividades que sean de agrado para el mismo, como ejemplo el paciente propuso que si tenía deseos de consumir alcohol, pensaría en su familia y haría una actividad con ellos como salir a comer, ayudar en las tareas o jugar con su hijo.

### **Sesión 6: Resolución de conflictos**

La resolución de conflictos es parte fundamental del proceso ya que las personas que mantienen un consumo de sustancias pueden desembocar problemas muy relacionados con el uso y efecto de las drogas en los diferentes ámbitos de su vida por lo tanto surge la intervención en las necesidades insatisfechas que crean el problema con una deficiente capacidad de interacción influyendo en el desarrollo de la persona y resolución (Fuquen, 2003).

En base a lo indagado en el paciente sobre los conflictos que presentaba en su hogar con su pareja como consecuencia de su consumo se tomó este tema como principal para brindar al paciente estrategias que puedan ser aplicadas al momento de dar una solución asertiva al conflicto, se conversó de situaciones que pasaban en el hogar del paciente para que pueda verlo desde otra perspectiva y que explique cómo hubiera sido una alternativa asertiva para resolverlo.

## **Sesión 7: Prevención de recaídas**

Una vez avanzado el tratamiento es importante trabajar en la prevención de recaídas, eso se da cuando una persona ha logrado está en abstinencia por un tiempo considerable y en su vida cotidiana está expuesto a situaciones de riesgo de este modo si dispone de las estrategias de enfrentamiento adecuadas es capaz de dar una respuesta positiva frente a estas circunstancias no favorables. Uno de los componentes más importantes es indicar al paciente que las recaídas también son parte del proceso de rehabilitación por lo tanto tener un plan de acción frente a esto es esencial (Barragán et al., 2014).

En un comienzo con el paciente se fue conversando sobre las mejorías que ha tenido durante el tiempo de tratamiento además de fortalecer la motivación del mismo para mantenerse enfocado en seguir con los hábitos saludables logrados. Como prevención de recaídas un punto fundamental fue el poder reconocer los factores de protección como de riesgo en base a los antecedentes, conductas y efectos que tuvo anteriormente por el consumo de alcohol y cocaína.

El tratamiento especializado al usuario estaba determinado para cuatro meses, no se pudo concluir con el plan terapéutico por salida repentina del paciente a cargo de sus familiares por factor económico, sin embargo, el paciente sigue asistiendo a las terapias grupales dentro del centro todos los viernes desde su salida.

## Capítulo tres

### Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos dentro del presente caso clínico sobre el consumo de alcohol y cocaína, mediante el uso de una ficha de observación durante la intervención con el paciente en base al método cualitativo se pudo comparar aquellas conductas y aspectos que presentaba el usuario en un inicio y como se modificaron después de su tratamiento.

**Tabla 5.**

*Ficha de observación de variables cualitativas*

FICHA DE OBSERVACIÓN DE VARIABLES CUALITATIVAS		
Variable	Pretratamiento	Postratamiento
Pensamientos a diario de consumir alcohol	El paciente antes de su ingreso y en las primeras semanas presentaba pensamientos de consumir alcohol.	Disminución y control de pensamientos en relación al consumo con la ayuda de técnicas de detención de pensamiento como de distracción para el manejo adecuado de pensamientos recurrentes.
Craving	El paciente manifiesta durante las primeras sesiones deseos de consumir alcohol.	Reducción de los deseos intensos por consumir alcohol mediante técnica de distracción con el fin de que se enfoque en otras alternativas saludables para el paciente.
Habilidad deficiente en resolución de conflictos	Conflictos frecuentes en la relación de pareja, comunicación deficiente y hostil.	Mejor capacidad de resolución de conflictos y comunicación asertiva trabajada en técnicas de habilidades sociales.
No presenta consciencia de su consumo problemático de alcohol	Antes de su ingreso al centro presentaba un nivel de consciencia bajo de su consumo de alcohol y las afectaciones que le estaba ocasionando.	Adquirió consciencia sobre su consumo problemático de alcohol, evidenciando las afectaciones que ha tenido en su vida personal, laboral, familiar, social y económica a través de la psicoeducación.

No presenta consciencia de su consumo de cocaína	Minimiza su consumo manifestando que no lo hacía frecuentemente y que no consideraba que le había causado algún malestar personal.	En base a la psicoeducación el paciente pudo reconocer que el consumo de cocaína no era favorable para su salud y que si se llegaba a intensificar podría traerle consecuencias mayores.
Relaciones sociales deficientes	Frecuentaba relaciones sociales negativas asociadas al consumo de alcohol.	Se proporcionó ejercicios sobre la asertividad y comunicación en las cuales el paciente pudo adquirir herramientas que le permitirán construir relaciones sociales positivas.

*Nota:* Autoría propia

Las variables expuestas anteriormente se trabajaron a lo largo de la intervención psicológica obteniendo una evolución favorable durante su procedimiento, empezando desde la psicoeducación se consiguió que el usuario adquiriera consciencia de su enfermedad, también se trabajaron las conductas de riesgo para fomentar los factores protectores identificados, adquirió una mejor habilidad en resolución de problemas, análisis de variables favorables como identificación de pensamientos recurrentes sobre consumo y mejor comunicación asertiva.

## Discusión y conclusiones

Paciente de 36 años de edad presenta un diagnóstico de síndrome de dependencia al alcohol, los resultados indican que la terapia cognitivo conductual aplicada al usuario tuvo un aspecto positivo para la adherencia al tratamiento en adicción, el cual incluía diferentes estrategias como técnicas de habilidades sociales, diálogo socrático, detención de pensamientos, distracción, fortalecimiento en conductas positivas, reducción de deseo de consumo, fomentación de hábitos saludables como prevención de recaídas las cuales fueron trabajadas semanalmente en cada sesión demostrando avances favorables.

En relación al caso, un estudio elaborado por Martínez et al., (2018) presenta un análisis de resultado de terapia cognitivo conductual (TCC) aplicado a una muestra de 130 hombres que presentaban un trastorno de dependencia al alcohol con una edad media de 43.59 años (rango inferior 21 años y superior de 69) en la cual se evidenció que los pacientes presentaron una buena evolución de la intervención lo que quiere decir que fue efectivo en el tratamiento grupal por dependencia del alcohol.

Hervás et al., (2011) centra su estudio en evaluar la efectividad de una intervención psicológica compuesta por 107 pacientes que presentan una dependencia a las sustancias divididos en tres grupos diferentes: grupo alcohol (n=31), grupo heroína (n=31) y cocaína (n=41), obteniendo como resultado que la intervención de corte cognitivo – conductual ayudo a los pacientes a reducir su malestar psicológico y su consumo de drogas evidenciando una mejora en su calidad de vida.

Desde la perspectiva de las investigaciones presentadas y el estudio de caso expuesto se evidencia que la terapia cognitivo conductual aportó de manera positiva en la deshabitación de síntomas de dependencia a través de la fusión de técnicas apegadas a las necesidades de cada paciente.

Casas et al., (2019) presenta un artículo sobre la eficacia del programa de prevención de recaídas basado en mindfulness para la disminución del craving del paciente alcohólico en una población de 162 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del estudio del cual logró demostrar que el Mindfulness la cual es una técnica de prestar atención

deliberadamente del momento presente derivada del Budismo, hacer que los pacientes hagan un énfasis en reconocer, sentir y aceptar el malestar que surge entendiendo la experiencia que están viviendo sin necesidad de evitarla o liberarse de ella con la finalidad de poder manejar el deseo de consumir alcohol eficazmente y no de una forma automática.

En comparación a nuestro caso en el cual las técnicas aplicadas son mediante una intervención cognitivo conductual, se ve una gran diferencia de estos dos enfoques en el manejo de los pensamientos, deseos y emociones como se presenta en craving la técnica que se empleó para disminuir el deseo intenso de consumir alcohol del paciente fue de distracción lo cual todo lo contrario a lo que dispone el Mindfulness sobre la aceptación y realidad del momento presente, esto representa un dato interesante porque se evidencia otras alternativas eficaces para tratar el trastorno por consumo de alcohol, con propuestas totalmente diferentes y eficaces.

En un estudio cualitativo realizado por Vargas et al., (2021) sobre la detección y el abordaje de consumo de alcohol nocivo a través de la obtención de datos en 15 grupos focales (personal médico, administrativo y pacientes) y observaciones de campo, tuvo como resultado que esta actividad es considerada como un mecanismo de socialización en el que se evidencia que las personas mantienen una relación establecida con esta sustancia como una práctica social habitual en lugar de considerarlo como un problema o enfermedad por lo tanto muchos pacientes no acuden a profesionales para abordar su consumo nocivo de alcohol y no reconocen el riesgo que puede causar a su salud como demás aspectos personales.

En relación a nuestro caso clínico se evidencia que el paciente antes de su ingreso al centro no presenta consciencia de su enfermedad ni de las consecuencias negativas en los diferentes ámbitos de vida, su consumo de alcohol representaba un rol en el mecanismo de socialización además de ser considerado como una actividad "normal" con pares que manifestaban la misma problemática observando la falta de relaciones sociales positivas o constructivas.

Dentro de las limitaciones de este estudio de caso fue el periodo de tiempo de terapia establecida ya que no se cumplió con los cuatro meses previsto de tratamiento, el paciente a los tres meses dentro del centro de rehabilitación por consumo salió por demanda de la familia a causa de factor económico, razón por la que no se pudo volver a aplicar los instrumentos psicológicos para poder realizar un análisis cuantitativo de resultados siendo esto otra limitación presentada en esta intervención.

### **Conclusiones**

Según los resultados encontrados se puede concluir que la terapia cognitivo – conductual para una intervención en consumo de sustancias ayuda al paciente a desarrollar estrategias eficaces para reducir o eliminar su dependencia a la sustancia demostrando una validez empírica frente a las necesidades presentadas por el paciente y avances positivos de las mismas lo que determina una evolución favorable del usuario a nivel emocional, cognitivo y comportamental con patrones de respuesta más asertivos en resolución de conflictos y fortalecimiento de sus relaciones personales y familiares.

### **Recomendaciones**

Se recomienda brindar un seguimiento psicológico al paciente, para poder evidenciar la evolución que mantiene luego de su reinserción social con el fin de reforzar las estrategias aprendidas con el fin de mantener un estilo de vida saludable.

Es importante que se fortalezca e involucre más la terapia familiar ya que el consumo de sustancias no solo llega a afectar al paciente también se puede ver afectado su entorno como la familia o las personas cercanas que pueden llegar a tener afectaciones a nivel psicológico, emocional y físico.

La terapia en pareja también se debería considerar para que contribuya positivamente a la recuperación del paciente con la finalidad de sea un factor protector al trabajar en los conflictos presentados dentro del hogar.

Tomar en cuenta el tiempo de tratamiento dentro del centro en colaboración con la familia para una adecuada intervención con el fin de que se pueda cumplir con todo el programa propuesto. Aunque la terapia cognitivo conductual ha demostrado tener eficacia en el tratamiento para drogodependencia, sería interesante que se trabaje el plan de intervención en base a otros enfoques psicológicos que presenten una eficacia similar y favorable.

## Referencias

- Ahumada, J., Gámez, M., Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Revista Ra Ximhai*, 13 (2), 13 – 24. <https://bit.ly/3bDImRk>
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24 (001), 55-61. <https://bit.ly/3P97xdd>
- Balarezo Chiriboga, L. A. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. Quito, Ecuador: Balarezo Chiriboga, Lucio Antonio
- Boubeta, A., Golpe, S., Araujo, M., Braña, T y Varela, J. (2017). Validación del “Test de identificación de trastorno por consumo de alcohol” (AUDIT) en población adolescente española. *Revista Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25 (2), 371 – 386. <https://bit.ly/3NK4lxB>
- Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudios de casos* (2.ª ed.). Ediciones pirámide. <https://bit.ly/3AeYF0V>
- Cassiani, C., Vargas, M., Pérez, E., Herazo, M y Hernández, M. (2017). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ – 9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica*, 37 (1), 112 – 20.
- Díaz, L. (2011). *La observación*. Facultad de psicología, UNAM.
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, R y Fanjiang, G. (1975). Mini – Mental State. <https://bit.ly/3OqJqpY>
- Fullana, M., Fernandez, L., Bulbena, A. y Toro J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo – conductual para los trastornos mentales. *Med Clin*, 138 (5), 215 – 219. <https://scihub.se/10.1016/j.medcli.2011.02.017>

- Fuquen, M. (2003). Los conflictos y las formas alternativas de resolución. *Tabula Rasa*, 1 (1), 265 – 278. <https://www.redalyc.org/pdf/396/39600114.pdf>
- Guevara, J. (2021). Proceso de evaluación psicológica del caso clínico mediante la revisión bibliográfica que permita formular hipótesis para corroborar la presunción diagnóstica [Examen complejo psicología clínica, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio digital institucional. <https://bit.ly/3OtmOoS>
- Gómez, C y Uribe, N. (2021). Análisis del tratamiento para drogodependencias en dos instituciones de Medellín. Integración de elementos esenciales de la clínica y prácticas. *The Qualitative Report*, 26(10), 2981-3013. <https://doi.org/10.46743/21603715/2021.5057>
- Gil, M. (2019). Validación semántica de las preguntas del PHQ – 9. (Patient Health Questionnaire – 9) como instrumento para el despistaje de depresión en gestantes [Título profesional, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3uehZYn>
- González, J., Vilar, R y Verdejo, A. (2018). Efectividad a largo plazo de la terapia de grupo cognitivo – conductual de alcoholismo: Impacto de la patología dual en el resultado del tratamiento. *Revista Clínica y Salud*, 29(1), 1 – 8. <https://bit.ly/3o4KB2J>
- Gamze, I y Sevilla, I. (2019). El impacto de 3 técnicas de distracción diferentes en los niveles de dolor y ansiedad de los niños durante la punción venosa: un ensayo clínico. *La revista clínica del dolor*, 32 (2), 140 – 147. 10.1097/AJP.0000000000000666
- Heredia, C., Santaella, G., Somarriba, L. (2012). Interpretación del Test Gestáltico Visomotor de Bender Sistema de Puntuación de Koppitz. <https://bit.ly/3ykf0jK>
- Hernández Sampieri, R. (2018). Metodología de la Investigación. <https://bit.ly/3Nr3xDn>
- Hervás, E., Gradolí, T., Gurrea, V., Bou, N y Gallús, E. (2011). Terapia cognitivo – conductual breve en grupo de dependientes de drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (81), 21–29. <https://bit.ly/3AJVIKU>

- Koppitz, E. (1980). El Test Gestáltico Visomotor para Niños. Buenos Aires: Guadalupe.
- Lacks, P. (1982). Continued clinical popularity of the Bender-Gestalt Test: Response to Bigler and Ehrfurth. *Professional Psychology*. 13, (5), 677-680.
- Lotito, F. (2015). Test psicológicos y entrevistas: usos y aplicaciones claves en el proceso de selección e integración de personas a las empresas. *Revista Academia & Negocios*, 1 (2), 79 – 90. <https://bit.ly/3cd1dTy>
- Montenegro, M., Kilstein, J. (2015). Utilidad del PHQ-9 en el diagnóstico de trastorno depresivo en una sala de clínica médica. <https://bit.ly/3NsZKoN>
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria. Organización Panamericana de la Salud. <https://bit.ly/3HUy1wi>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Trastornos del humor (afectivos). In *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf)
- Pineda, R., Miranda, G y Villasís, M. (2018). La importancia de los reportes de casos clínicos de la investigación. *Revista alergia México*, 65 (1), 92 – 98.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-91902018000100092](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902018000100092)
- Pérez, M., Rodríguez, A., Pérez, M y Torre, J. (2019). Evolución de pacientes alcohólicos egresados del servicio de deshabitación durante los años 2014 – 2015. *Revista electrónica Medimay*, 26 (3), 313 – 324. <https://bit.ly/3I7p4zZ>
- Riesgo de mortalidad a lo largo de la vida debido a diferentes niveles de consumo de alcohol en siete países europeos: implicaciones para las guías de consumo de bajo riesgo. *Adicction*, 112 (9), 1535 – 1544. <https://bit.ly/3APluIW>

- Richarsodson, W., Glasziou, P., Polashenski, W y Wilson, M. (2000). A new arrival: evidence about differential diagnosis. *Evidence Based Medicine*. 1(5), 164 – 165.  
<http://dx.doi.org/10.1136/ebm.5.6.164>
- Rojas-Gualdrón, D. F., Segura C., A., Cardona A., D., Segura C., Á., & Garzón D., M. O. (2017). Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia, Colombia. *CES Psicología*, 10(2), 17–27.  
<https://doi.org/10.21615/cesp.10.2.2>
- Ritchie, H y Roser, M. (2018). “Alcohol Consumption”. Published online at ourworldindata.org.  
<https://ourworldindata.org/alcohol-consumption>
- Spitzer, R., Kroenke, K and Williams J. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*,10 (18), 1737-44. doi: 10.1001/jama.282.18.1737.
- Shield, K., G. Gmel , G., Gmel, G.,Mäkelä, P., C. Probst,C., Room, R., Rehm, J. (2017).
- Sierra, R. (1998). *Técnicas de investigación social. Teorías y ejercicios*. Paraninfo.  
<https://bit.ly/3yDtoCC>
- Sanfeliciano, A. (2020). *Test psicológicos: características y funcionamientos*.  
<https://lamenteesmaravillosa.com/test-psicologicos-caracteristicas-y-funcionamiento/>
- Sanz, J. (2020). Inventario de Ansiedad de Beck. <https://bit.ly/3y6UrFX>
- Tejero, J.M. (2021). *Técnicas de Investigación Cualitativa en los Ámbitos Sanitarios y Sociosanitarios*. Ediciones de la universidad de Castilla- La Mancha.  
<https://bit.ly/3AamcQG>
- Vargas, S., Medina, A., Gómez, C., Cárdenas, P., Torrey, W., Williams, M., Bartels, S., Cubillos, I., Castro, S., Obando, F., Restrepo, J y Marschr, L. (2021). Abordando el consumo nocivo de alcohol en atención primaria en Colombia: entendiendo el contexto sociocultural. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1(50), 77 - 86.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.016>