



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 a 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: Andrade Torres, Nicole del Cisne

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, 16 de septiembre del 2022

Doctor

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

Director de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso clínico de dependencia a cocaína en la actualidad en abstinencia en un medio protegido realizado por Nicole del Cisne Andrade Torres, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Pablo Andrés Cabrera Sandoval

C.I.: 1104027394

Correo electrónico: pacabrera15@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Nicole del Cisne Andrade Torres, 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 a cocaína en la actualidad en abstinencia en un medio protegido, de la carrera de Psicología Clínica específicamente de los contenidos comprendidos en tres capítulos: marco teórico, metodología y resultados, 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: Nicole del Cisne Andrade Torres

C.I.: 1105973885

Correo electrónico: ncandrade1@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Dedico este trabajo con todo mi corazón a mi familia, especialmente a mis padres por tanto cariño y apoyo, pues sin ellos nada de esto sería posible.

A mis hermanos, por siempre estar para mí cuando más lo necesitaba.

También a mis amigas que demostraron compañerismo en este trascurso.

Agradecimiento

Primeramente, agradezco a Dios por permitir vivir esta experiencia llamada universidad, gracias a mi tutor, pues sin su apoyo nada de esto sería posible.

Igualmente, a mis padres por su amor incondicional y fuente de apoyo diario por tantos años.

Por último, quiero agradecer a mi universidad, a mis profesores y a mis amigas leales por estar en los momentos buenos y malos.

Índice de contenido

| | |
|--|------------|
| Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular..... | II |
| Declaración de autoría y cesión de derechos..... | III |
| Dedicatoria..... | V |
| Agradecimiento..... | VI |
| Índice de contenido..... | VII |
| Resumen..... | 1 |
| Abstract..... | 2 |
| Introducción..... | 3 |
| Capítulo uno..... | 6 |
| Marco teórico..... | 6 |
| 1.1 Presentación del caso..... | 6 |
| 1.1.1 Identificación del paciente..... | 6 |
| 1.1.2 Motivo de consulta..... | 6 |
| 1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología..... | 7 |
| 1.2 Proceso de evaluación..... | 8 |
| 1.3 Proceso diagnóstico..... | 19 |
| 1.3.1 Diagnóstico presuntivo..... | 19 |
| 1.3.2 Diagnóstico diferencial..... | 20 |
| 1.3.3 Diagnóstico final..... | 23 |
| Metodología..... | 26 |
| 2.1 Tratamiento/Intervención..... | 26 |

| | | |
|-------|---------------------------------------|----|
| 2.1.1 | Objetivos terapéuticos | 26 |
| 2.1.2 | Plan de tratamiento/intervención..... | 26 |
| | Capítulo tres..... | 31 |
| | Resultados | 31 |
| | Discusión y conclusiones | 34 |
| | Recomendaciones | 38 |
| | Referencias | 39 |

Índice de tablas

| | | |
|----------|--|----|
| Tabla 1 | MOCA (Montreal Cognitive Assessment)..... | 9 |
| Tabla 2 | Inventario Clínico Multiaxial de Millon III | 10 |
| Tabla 3 | Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) | 12 |
| Tabla 4 | Escala de Habilidades Sociales..... | 15 |
| Tabla 5 | Mini Mental State Examination (MMSE)..... | 17 |
| Tabla 6 | Criterios de diagnóstico referentes a consumo perjudicial..... | 20 |
| Tabla 7 | Criterios referentes al síndrome de dependencia | 23 |
| Tabla 8 | Criterios referentes al estrés agudo..... | 21 |
| Tabla 9 | Plan de tratamiento. | 26 |
| Tabla 10 | Resultados de seguimiento del test Montreal Cognitive Assessment (Moca) y Mini Mental State Examination (MMSE) para el deterioro cognitivo | 31 |
| Tabla 11 | Resultados cualitativos..... | 32 |

Resumen

El presente estudio denominado Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso clínico de dependencia a cocaína en la actualidad en abstinencia en un medio protegido, en el cual se especifica detalladamente el proceso terapéutico de la terapia cognitivo – conductual desarrollado en un usuario de 39 años de edad que decide ingresar al CETAD con el fin de “disminuir” el consumo que le ha provocado problemas familiares, laborales y sociales. Según el CIE-10 se le diagnostica con F14.21 Trastornos Mentales y del comportamiento por consumo de cocaína. Síndrome de dependencia en la actualidad en un medio protegido. En cuanto a la intervención psicológica, el usuario se mostró al principio nervioso, inquieto y colaborador. Se cree que la intervención fue exitosa, ya que al final del tratamiento el usuario mejoró sus habilidades sociales, obtuvo un mejor control y manejo de sus emociones y la disminución del deseo de consumir nuevamente la sustancia cocaína.

Palabras claves: consumo, cocaína, dependencia.

Abstract

The present study called Integrative psychotherapeutic intervention in a clinical case of cocaine dependence currently in abstinence in a protected environment, which specifies in detail the therapeutic process of cognitive-behavioral therapy developed in a 39-year-old user who decides to enter the CETAD in order to "decrease" the consumption that has caused family, work and social problems. According to ICD-10 he is diagnosed with F14.21 Mental and behavioral disorders due to cocaine use. Current dependence syndrome in a protected environment. Regarding the psychological intervention, the user was initially nervous, restless and cooperative. It is believed that the intervention was successful, since at the end of the treatment the user improved his social skills, obtained a better control and management of his emotions and a decrease in the desire to consume cocaine again.

Keywords: consumption, cocaine, dependence.

Introducción

La pasta base de cocaína (PBC) es considerada una droga relativamente nueva que se puede encontrar en muchas sociedades, esta se trata de un producto que es el resultado en el intervalo de extracción y purificación del clorhidrato de cocaína que se consigue agregando solventes orgánicos y otros a las hojas del arbusto de la coca, todo el producto que se obtiene debe pasar por diferentes manos o vendedores los cuales a su vez adulteran la sustancia con inactivos como talcos, lactosa o activos como cafeína, anfetaminas, entre otras para prolongar aún más la droga; la forma de consumo es fumarla sola, mezclada con tabaco, marihuana o ambos (Castilla et al., 2020).

Esta sustancia es nociva para la salud pues contiene muchas otras sustancias químicas que la hacen peligrosa, sin embargo, por ser tan disponible y gastar poco dinero al realizarla se ha convertido en un recurso que las personas utilizan hoy en día para conseguir los efectos que desean. Chile y Perú tienen la prevalencia de consumo más alta hasta el momento, 2.2% y 1.5% respectivamente, le siguen Colombia y Brasil, además el consumo es principalmente realizado por hombres (Comisión interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], 2019). El presente estudio de caso se da en un usuario que se encuentra institucionalizado, los centros de recuperación refieren que el 52,1% de los usuarios se encuentran con tratamiento por consumir cocaína (Coronel et al., 2021).

La PBC es una droga estimulante, quienes la consumen presentan cambios a nivel cognitivo tanto si la usan frecuentemente o no, estos cambios se reflejan en que se toman más tiempo para dar respuestas, cometen un mayor número de errores al realizar tareas, son más impulsivos, les es difícil tomar decisiones, tienen deficiencias en la atención, la memoria de trabajo y la memoria conceptual, además presentan reconocimiento pobre de emociones negativas, aparece también enlentecimiento de la velocidad perceptivo-motora y son más inflexibles cognitivamente, entre otros (Blass et al., 2022).

La dependencia a la cocaína es un conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que pueden crecer tras el consumo repetitivo de la sustancia. Algunos comportamientos que se resaltan son: fuertes deseos de consumir, deterioro del control del

consumo, un consumo constante a pesar de las consecuencias perjudiciales y un incremento de la tolerancia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994).

En la dependencia a la cocaína es muy común encontrar comorbilidad con otras patologías como: trastornos de personalidad, problemas alimenticios, ansiedad y depresión, entre los trastornos de personalidad más destacados se encuentra el narcisista (García, 2020) que guarda relación con el presente estudio. También es frecuente encontrar pacientes que presentan policonsumo, las drogas más usuales son el cannabis y el alcohol.

Al tratarse de un fenómeno que afecta a muchas personas y tiene grandes efectos nocivos en la salud psicofisiológica, es fundamental utilizar de manera correcta las terapias que brinda la psicología para los trastornos por uso de cocaína, la terapia que ha tenido mayor acogida es la cognitiva conductual. Esta terapia se ha desarrollado como un método para prevenir recaídas en el tratamiento de este trastorno, además se basa en que los usuarios aprendan, identifiquen y puedan corregir aquellas conductas problemáticas aplicando estrategias basadas en procesos de aprendizaje para mejorar el autocontrol, reconocer las consecuencias positivas y negativas que tiene el consumo de la sustancia, uso de autorregistros para verificar la compulsión que se tiene por la droga y saber identificar aquellas situaciones que se tornan de alto riesgo para volver a consumir (NIDA, 2020).

Además, se puede denotar que el usuario se encuentra en un Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas – CETAD, pues al no existir en el sistema público, el sector privado cuenta este tipo de instituciones para disminuir la demanda, los cuales son regulados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Agencia de Control y Calidad de Establecimientos de Salud y Medicina Prepagada. Estos centros ofrecen el servicio de medicina, psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y terapia vivencial, espiritual y familiar, que son pagados de forma privada por los usuarios. En nuestro país han existido varios establecimientos que contaban con los permisos de funcionamiento, pero no contaban con la estructura ni profesionales competentes (Sánchez, 2022).

Tomando en cuenta la información recopilada acerca de prevalencias, efectos y consecuencias que trae consigo el uso nocivo de sustancias, en este caso cocaína, se considera de mucha importancia su estudio, pues permite obtener nuevas implicaciones sobre el proceso terapéutico que se lleve a cabo para su tratamiento. Este estudio de caso abarca el proceso de evaluación, diagnóstico e intervención de un usuario institucionalizado que padece un síndrome de dependencia a la PBC y el proceso de la terapia cognitivo-conductual, de tal manera que ayudará a la preparación de futuras investigaciones o como tal, un plan de acción para dicha problemática y así poder ejecutar un tratamiento de intervención y prevención.

Es importante destacar la estructura del siguiente estudio de caso que está dividido en tres capítulos. El primer capítulo está conformado por el marco teórico del caso, donde se incluye la descripción del paciente, motivo de consulta y la historia del problema de manera clara. Asimismo, se inserta el proceso de evaluación y el diagnóstico realizado. El segundo capítulo comprende la metodología, como lo es el tratamiento e intervención donde se describe de manera puntual cada sesión. Finalmente, el capítulo tres se comprende los resultados extraídos del estudio de caso y la discusión que ayuda a generar las conclusiones y las recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares y para la publicación 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

Usuario de nacionalidad ecuatoriana D.C. a quien se le garantiza la confidencialidad de sus datos, de género masculino de 39 años de edad, nace en la parroquia Catacocha, Loja el 30 de mayo de 1982, estado civil soltero. Profesa la religión católica y con una ocupación de abogado en la corte judicial de Machala, residente en la ciudad de Machala. Es su primer ingreso al CETAD.

1.1.2 Motivo de consulta

El usuario ingresa al Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas [CETAD] por decisión propia acompañado de su tía y primo. Por presentar aparentemente un consumo problemático de pasta base de cocaína, el cual le genera problemas familiares, laborales y sociales.

Refiere no poder controlar sus emociones, siendo muy sensible y llorar rápidamente sobre cualquier recuerdo, por lo cual solicita ayuda en cuanto al manejo y control de emociones, lo que se constituye como la demanda del paciente. Conviene señalar, que durante la entrevista psicológica el evaluado se mostró tranquilo, colaborador y respetuoso, denotaba cuidado personal en su aspecto físico, demostrando predisposición ante el desarrollo del proceso terapéutico.

El usuario al mes y medio de su tratamiento fue referido a nuestros servicios profesionales para continuar con el proceso terapéutico.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

D.C es miembro de una familia extensa que está compuesta por: sus dos abuelos y varios nietos, uno de los cuales es el usuario. Actualmente convive con sus tías, no mantiene una buena relación familiar con todo su entorno debido al consumo.

El usuario verbaliza que durante su niñez fue un niño muy activo, desde muy pequeño aprendió a trabajar en ventas informales pues era la labor que desempeñaba su abuela. Por otro lado, desconocía la identidad de sus padres y sintió la ausencia en días conmemorativos como el día de la madre, día del padre, día de la familia, navidad y su cumpleaños. A pesar de aquello, el usuario menciona que siempre recibió el afecto de su abuela y tía, viviendo desde muy pequeño en casa de sus abuelos.

Aproximadamente a los 13 años, descubre la identidad de su madre, sin embargo, no establecieron una buena relación; en cuanto a su padre tiempo después intentó conocer su identidad, pero recibió una respuesta negativa de su madre y no volvió a cuestionar.

Trabajó por muchos años en la Corte Constitucional de muchos cargos y en diferentes departamentos, creando una buena relación laboral con todos sus compañeros. Además, el usuario menciona que odiaba las injusticias y no podía controlarse para no pelear frente a ese tipo de situaciones. Después de muchos años, vende su renuncia y sale de su trabajo.

En la etapa de madurez fallecen las dos personas más importantes de su vida, su abuela quien lo cuidó y educó durante su crecimiento y su mejor amigo desde la niñez que siempre fue un apoyo incondicional.

Con su pareja mantenía una relación estable y por esta razón crearon un negocio juntos, sin embargo, al pasar el tiempo esta decide emigrar a los Estados Unidos por lo que se disuelve la relación.

Además, presenta problemas financieros debido a que fue víctima de una estafa donde no pudo recuperar su inversión, pagando una parte y quedando un saldo mínimo, generando en la paciente preocupación, alteraciones del sueño, estrés, vergüenza frente a sus familiares y estrés. Lo que conlleva a incrementar su consumo por desesperación al no saber cómo solventar su vida y asegura sentirse solo y sin apoyo de nadie.

Comenta que después de estas pérdidas se siente deprimido y aproximadamente a los 35 años de edad empieza un consumo de pasta base de cocaína por curiosidad, consumía una vez por semana y este comportamiento fue incrementando hasta realizarlo por tres veces a la semana, esto para olvidar todos sus problemas como la pérdida de su abuela y mejor amigo, el alejarse de su pareja y los problemas financieros.

Finalmente, D.C refiere que llegó un punto donde observaba el daño que se hacía el mismo y a sus familiares por lo que voluntariamente decide entrar a un CETAD, menciona que le han ayudado mucho las diferentes tipas de terapias y es importante culminar con su proceso para “ser una persona de bien”, además desde que ingresa al centro, siente una red de apoyo de todos sus familiares.

1.2 Proceso de evaluación

Un mes y medio antes de ser referido a nuestros servicios, el usuario ya contaba con un tratamiento y evaluación psicológica por la profesional de la institución, por lo que se continuó con el proceso psicoterapéutico, el cual se llevó a cabo en 9 sesiones.

El primer método de evaluación fue la observación empleado por parte de la psicóloga de la institución, se refiere a observar con atención las características o variables del usuario que no pueden medirse con otros instrumentos como la conducta, reacciones psicofisiológicas, variaciones del estado de ánimo, su contexto, las interacciones que mantiene con otros, etc., las cuales van a ayudar al terapeuta a determinar un diagnóstico y por tanto, proponer un efectivo tratamiento en el padecimiento del individuo (Paz y Peña, 2021 y Piacente, 2009).

A la vez, la observación permitió evaluar las funciones mentales del usuario demostrando una consciencia lucida, conserva una buena orientación y memoria, la atención y pensamiento son hiperactivos, de curso acelerado, pero con contenido normal, de igual forma su juicio y razonamiento son lógicos, los instintos de sueño y alimentación son adecuados y el hábito perjudicial que mantiene es el consumo de pasta base cocaína.

El segundo método que se utilizó fue la entrevista clínica, en el ámbito psicológico permite reconocer el padecimiento del usuario con mayores detalles, es decir, proporciona una mejor

comprensión del problema a través del intercambio verbal entre usuario y terapeuta o entre entrevistado y entrevistador, este último trata de obtener información del primero y para que esto ocurra puede hacer uso de varios tipos de entrevistas (Muniz, 2018), la utilizada en este caso en particular es la entrevista clínica, misma que se refiere a usar de forma combinada preguntas estructuradas y no estructuradas, las primeras ayudan a obtener información básica y las segundas complementan esta información con otros aspectos, características o referencias que pueden resultar de mucho interés para el terapeuta al momento de llevar a cabo el diagnóstico y plan de tratamiento (Piacente, 2009).

Como último proceso de evaluación, se llevó a cabo la aplicación de instrumentos psicológicos los cuales sirvieron para determinar el tipo de sustancia consumida, la afectación de funciones cognitivas, el tipo de personalidad y la presencia de síntomas ansiosos del usuario.

Durante todo el proceso de aplicación de reactivos el usuario se mostró colaborador, tranquilo y no presentó mayor inconveniente en la comprensión de los mismos, permitiendo así obtener una aplicación satisfactoria, a continuación, se presentarán los test de manera individual y detallada, junto con la interpretación de los resultados obtenidos por el usuario.

Es importante mencionar que los tres primeros test psicológicos fueron aplicados por la psicóloga de la institución.

Tabla 1
MOCA (Montreal Cognitive Assessment)

| | |
|-------------------|--|
| Autor | Ziad Nasreddine |
| Aplicación | Heteroaplicado/individual |
| Tiempo | 10 a 12 minutos |
| Objetivo | Detectar trastornos neurocognitivos leves y estadios tempranos de demencia |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Población | Adultos |
| Número de reactivos | 30 ítems |
| Puntuación | Las puntuaciones se obtienen sumando todos los puntos obtenidos en cada categoría, pudiendo obtener un máximo de 30 puntos. Se añade 1 punto si el sujeto tiene 12 años o menos de estudios formales. |
| Dimensiones | Atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación. |
| Interpretación y calificación | Tiene los siguientes puntos de corte: <ul style="list-style-type: none"> • Probable trastorno cognitivo: 0-25 puntos. • Se considera normal: 26-30 puntos. |

Nota: Pedraza et al., (2016).

El test MOCA permite detectar los trastornos neurocognitivos leves y estadios tempranos de demencia, en cuanto a la información brindada por la psicóloga de la institución, menciona que fue aplicado de forma individual en un tiempo de 9 minutos aproximadamente y no hubo complicación durante el procedimiento debido a que el usuario se mostró colaborador. En relación al puntaje, el usuario obtuvo 22 puntos, por lo que existe un índice de un deterioro cognitivo.

Tabla 2
Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

| | |
|-------------------|------------------------------------|
| Autor | T. Millon, S. Grossman y C. Millon |
| Aplicación | Individual |

| | |
|----------------------------|---|
| Tiempo | 20 a 30 minutos |
| Objetivo | Evaluar la personalidad y la psicopatología de los adultos que buscan o reciben atención o tratamiento psicológico o psiquiátrico |
| Población | Adultos a partir de los 18 años |
| Número de reactivos | 175 ítems |
| Puntuación | <p>En primera instancia se confirma que se encuentre registrado el sexo del paciente, que la edad está en el intervalo 18 a 85 años, que no haya 11 ítems o más sin responder o con doble marca, y que se encuentre registrado el código de identificación del paciente, así como una fecha de aplicación válida. Adicionalmente, confirma la respuesta a los ítems del indicador de validez. Una vez que el sistema revisa si es posible la corrección del test, se obtienen las puntuaciones directas. En el manual del test no hay mayor explicación sobre la obtención de las puntuaciones directas. Posteriormente las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones de prevalencia mediante las tablas de transformación por sexo que figuran en el manual. Una vez transformadas las puntuaciones en prevalencias, se realizan algunos ajustes para obtener las puntuaciones de prevalencia finales. Dichos ajustes se explican en el manual.</p> |
| Dimensiones | <p>Contiene 28 escalas: 11 escalas de patrones de personalidad básicos, 3 escalas de trastornos severos de personalidad, 7 escalas de síndromes clínicos básicos o moderados, 3 escalas de</p> |

síndromes clínicos severos, 3 escalas modificadoras y 1 escala de validez.

Interpretación y calificación La calificación del inventario se hace por medio de la transformación de las puntuaciones directas en puntuaciones de prevalencia. La transformación de las puntuaciones directas en prevalencias se lleva a cabo mediante tablas adjuntas (Anexo D del Manual), por sexo. También se proporcionan de manera directa usando la corrección informatizada. Se plantea un sistema de ajustes de patrones de respuestas para corregir distorsiones. Se utiliza una clasificación que diferencia entre respuestas bajas, medias y altas.

Nota: Millon y Grossman, (2018).

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV permite evaluar la personalidad y la psicopatología de los adultos que buscan o reciben atención o tratamiento psicológico o psiquiátrico, en cuanto a la información brindada por la psicóloga de la institución, menciona que fue aplicado de forma individual en un tiempo de 25 minutos aproximadamente y no hubo complicación durante el procedimiento debido a que el usuario se mostró colaborador. En relación a los patrones clínicos identificados se encontró compatibilidad con una personalidad de tipo narcisista y con respecto a los síndromes clínicos, existen signos leves de un trastorno de bipolar maniaco

Tabla 3
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

| | |
|--------------|---|
| Autor | Gabriel Rubio Valladolid, José Martínez-Raga, Isabel Martínez-Gras, Guillermo Ponce Alfaro, Javier de la Cruz Bértolo, Rosa |
|--------------|---|

Jurado Barba, Alina Rigabert Sánchez-Junco, José Zarco Montejo.
(Versión Adaptada)

| | |
|----------------------------|---|
| Aplicación | Individual o colectiva |
| Tiempo | 10 a 12 minutos |
| Objetivo | Identifica el uso de diez tipos diferentes de sustancias psicoactivas: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes de tipo anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, y otras drogas. Evalúa el nivel de riesgo por el consumo de drogas, la prevalencia en los tres meses previos a su aplicación y el tipo de intervención más adecuada para los pacientes. |
| Población | Adulta (entre 18 y 60 años de edad). Personas cuyo motivo de consulta sugiera que tiene relación o que puede tenerla con el consumo de sustancias. |
| Número de reactivos | 8 ítems |
| Puntuación | La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo “bajo”, “moderado” o “alto”, que determina la intervención más adecuada para cada nivel (“no tratamiento”, “intervención breve”, o “derivación de algún servicio especializado para la evaluación y tratamiento respectivamente”). |
| Escala | Pregunta 1: No (0), Si (3) Pregunta 2 y 3: 0 (Nunca), 2 (Una o Dos veces), 5 (Cada mes), 4 (Cada semana) y 6 (Diario o casi diario) |

Pregunta 4: 0 (Nunca), 4 (Una o dos veces), 5 (Cada mes), 6 (cada semana) y 7 (diario o casi diario).

Pregunta 5: 0 (Nunca), 5 (una o dos veces), 6 (cada mes), 7 (cada semana) y 8 (diario o casi diario).

Pregunta 6 y 7: 0 (no, nunca), 6 (si, en los últimos 3 meses), 6 (si, pero no en los últimos 3 meses).

Pregunta 8: 0 (no, nunca), 2 (si, en los últimos 3 meses), 1 (si, pero no en los últimos 3 meses).

Interpretación y calificación

Riesgo bajo: los usuarios que obtienen “tres o menos” (10 o menos para alcohol) tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas.

Riesgo moderado: los usuarios que obtuvieron una puntuación de “entre 4 y 46” (11 y 26 para alcohol), aunque quizás presenten algunos problemas, tiene un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar con el consumo a este ritmo indica una probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia.

Riesgo alto: una puntuación de “27 o más” en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los usuarios

que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo.

Nota: Peñalver (2014).

La prueba de Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) permite identificar el uso de diez tipos diferentes de sustancias psicoactivas: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes de tipo anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, y otras drogas. Además, evalúa el nivel de riesgo por el consumo de drogas, la prevalencia en los tres meses previos a su aplicación y el tipo de intervención más adecuada para los pacientes. En cuanto a la información brindada por la psicóloga de la institución, menciona que fue aplicado de forma individual en un tiempo de 6 minutos aproximadamente y no hubo complicación durante el procedimiento debido a que el usuario se mostró colaborador. El usuario obtuvo 37 puntos el cual revela que el consumo de pasta base de cocaína es perjudicial para su salud, debido a esto se sugiere una intervención breve e intensa.

A continuación, se muestra los test aplicados de nuestra parte

Tabla 4
Escala de Habilidades Sociales

| | |
|-------------------|--|
| Autor | Arnold GOLDSTEIN et al. |
| Aplicación | Individual y colectivo |
| Tiempo | 15 a 20 minutos |
| Objetivo | Indica habilidades sociales en déficit en niños del primer ciclo educativo, pudiéndose ampliar a grupos de mayor edad. |
| Población | 12 años en adelante |

Número de reactivos 50 ítems

Puntuación

La puntuación máxima a obtener en un ítem es 5 y el valor mínimo es 1. Es posible obtener los siguientes puntajes de medidas del uso competente o deficiente de las habilidades sociales al usar la escala:

1) El puntaje obtenido en el ítem, el cual va de 1 a 5 nos permite identificar en qué medida el sujeto es competente o deficiente en el empleo de una habilidad social, así como el tipo de situación en la que lo es. Las puntuaciones 1 y 2 indican, en general, un déficit en la habilidad.

2) El puntaje por áreas, el cual indica las deficiencias o logros del sujeto en un área específica se obtiene sumando los puntajes obtenidos en los ítems comprendidos en cada área del instrumento y comparándolo con los baremos correspondientes.

3) El puntaje total, que varía en función al número de ítems que responde el sujeto en cada valor de 1 a 5, es como mínimo 50 y como máximo de 250 puntos. Este tipo de puntaje nos sirve como indicador objetivo del éxito o progreso del programa de tratamiento conductual, al aplicarse la prueba a manera de re-test luego del tratamiento.

Dimensiones

Atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación.

| | |
|--------------------------------------|---|
| Interpretación y calificación | <p>Tiene los siguientes puntos de corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades Sociales Básicas: 8 ítems (del 1 al 8). Puntaje Máximo 32 pts. • Habilidades Sociales Avanzadas: 6 ítems. (del 9 a 14). Puntaje Máximo 24 pts. • Habilidades Relacionadas con los sentimientos: 7 ítems. (del 15 al 21). Puntaje Máximo 28 pts. • Habilidades Alternativas a la Agresión: 9 ítems. (del 22 al 30). Puntaje Máximo 36 pts. • Habilidades para hacer frente al Estrés: 12 ítems. (del 31 al 42). Puntaje Máximo 48 pts. • Habilidades de Planificación: 8 ítems. (del 43 al 50). Puntaje Máximo 32 pts. |
|--------------------------------------|---|

Nota: Goldstein (1978).

La Escala de Habilidades Sociales indica habilidades sociales en déficit en niños del primer ciclo educativo, pudiéndose ampliar a grupos de mayor edad, se aplicó de manera individual en un tiempo de 11 minutos aproximadamente a lo largo de la sesión 3 y no hubo complicación durante el procedimiento debido a que el usuario se mostró colaborador. En relación al puntaje, el usuario obtuvo 227 puntos, existiendo un nivel de intensidad de ansiedad bajo

Tabla 5
Mini Mental State Examination (MMSE)

| | |
|-------------------|---|
| Autor | Marchal F. Folstein, Susan E. Folstein, Raula R. McHugh y Gary Fanjiang |
| Aplicación | Individual |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Tiempo | 5 a 15 minutos |
| Objetivo | Detección temprana del deterioro cognitivo de funciones cognoscitivas |
| Población | 65 años en adelante |
| Número de reactivos | 30 ítems |
| Puntuación | <p>Orientación temporal (5 puntos)</p> <p>Orientación espacial (5 puntos)</p> <p>Fijación de recuerdo (3 puntos)</p> <p>Atención y cálculo (5 puntos)</p> <p>Recuerdo diferido (3 puntos)</p> <p>Lenguaje (9 puntas)</p> <p>Total 30 puntos</p> |
| Dimensiones | Orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo. |
| Interpretación y calificación | <p>Tiene los siguientes puntos de corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal, la persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva: 27 puntos o más. - Sospecha patológica: 24 puntos o más. - Deterioro cognitivo: 12-24 puntos - Demencia: 9-12 puntos - Deterioro cognitivo severo: menos de 5 puntos |

Nota: Folstein et al., (1975).

El test Mini Mental State Examination (MMSE) ayuda a la detección temprana del deterioro cognitivo de funciones cognoscitivas, se aplicó de manera individual en un tiempo de 6 minutos aproximadamente a lo largo de la sesión 6 y no hubo complicación durante el procedimiento debido a que el usuario se mostró colaborador. En relación al puntaje, el usuario obtuvo 27 puntos, por lo que no existe un deterioro cognitivo.

1.3 Proceso diagnóstico

El diagnóstico en psicología se refiere a todos los síntomas del usuario que no presentan una explicación orgánica, sino que aluden a un diagnóstico clínico a través de la identificación de conductas y características que sean relevantes en la demanda del individuo, para lograr obtenerlo el terapeuta debe basarse en la demanda, la batería de instrumentos aplicada y las otras técnicas empleadas, por tanto, el diagnóstico sirve para definir el problema, orientar analizando los signos y síntomas para clasificarlo dentro de los criterios diagnósticos del manual en uso y de esta forma permitir al terapeuta plantear un adecuado plan de tratamiento (Ormeño, 2016).

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo es utilizado cuando se presenta la presunción de que se cumplen algunos criterios de un trastorno o que pueden llegar a cumplirse en su totalidad al final del proceso de evaluación, ya que este puede ser un proceso cambiante según las características del usuario, sin embargo, no es posible establecerlo como definitivo debido a que no existe información suficiente para estimarlo como tal. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Frente a lo anteriormente expuesto y con información brindada por la psicóloga de la institución y la corroboración de nuestra parte durante las sesiones psicológicas, se establece los siguientes diagnósticos como presuntivos:

- ✓ F14.1 Trastornos Mentales y del comportamiento por consumo de cocaína.
Consumo Perjudicial

- ✓ F14.21 Trastornos Mentales y del comportamiento por consumo de cocaína. Síndrome de dependencia en la actualidad en un medio protegido.
- ✓ F43.0 Reacción a estrés agudo
- ✓ Z63.4 Desaparición o muerte de algún miembro de la familia

1.3.2 *Diagnóstico diferencial*

El diagnóstico diferencial es utilizado cuando la hipótesis se encuentra bien fundamentada y se estima el cumplimiento de todos los criterios del trastorno que se exponen en el manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10.ª edición, aunque en el momento de establecerlo no se cuenta con los criterios de diagnóstico para formalizarlo como definitivo y explicar la sintomatología que presenta el usuario (Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) -10). Es decir, el diagnóstico diferencial es aquel en el que se diferencian y descartan aquellos trastornos que pueden corresponder con ciertos síntomas que presenta el paciente, sin embargo, existe algún criterio que no cumple y por ende se lo descarta.

Por lo antes mencionado, en las siguientes tablas se muestra el diagnóstico diferencial de cada trastorno.

F14.1 Trastornos Mentales y del comportamiento por consumo de cocaína.

Consumo Perjudicial

Tabla 6

Criterios de diagnóstico referentes a consumo perjudicial

| Criterios de diagnóstico que cumple | Criterios de diagnóstico que no cumple |
|---|---|
| El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a | Las intoxicaciones agudas (F1x.0) y las resacas no son en sí mismas evidencia suficiente del "daño para la salud" requerido para el diagnóstico de consumo perjudicial. |

consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia (F1x.2), un trastorno psicótico (F1x.5) u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias psicótropas.

Nota: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) –Cie 10.

Aunque el usuario cumple con ciertos criterios como la afectación tanto física y psicológica a raíz del consumo, este diagnóstico se lo descarta debido a que el usuario presenta un incremento en el consumo de la sustancia denominado tolerancia y síndrome de abstinencia.

F43.0 Reacción a estrés agudo

Tabla 7

Criterios referentes al estrés agudo

| Criterios de diagnóstico que cumple | Criterios de diagnóstico que no cumple |
|--|---|
| <p>Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además, los síntomas:</p> <p>a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de</p> | <p>Este diagnóstico no debe utilizarse en individuos que tuvieran previamente síntomas que satisfagan pautas para otros trastornos psiquiátricos.</p> |

"embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo

b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Nota: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) –Cie 10.

Aunque el usuario cumple con criterios de inestabilidad emocional y resolución de emociones, se descarta este diagnóstico debido a que no puede utilizarse a síntomas que satisfagan pautas para otros trastornos psiquiátricos en este caso, el síndrome de dependencia.

Z63.4 Desaparición o muerte de algún miembro de la familia

Se lo descarta porque no presenta sintomatología relevante para satisfacer este diagnóstico ya que el usuario no demuestra alteraciones significativas en sus áreas personales, familiares y sociales debido a este suceso. En el transcurso de las sesiones el usuario no refiere que dicho suceso sea relevante para que se produzca el consumo de sustancias, ni para una alteración afectiva que conlleve a conductas negativas o trastornos emocionales.

1.3.3 Diagnóstico final

Por su parte, el diagnóstico final es la etapa en donde se define cual es el diagnóstico que expresa de mejor forma la sintomatología del usuario, para poder determinarlo se debe tomar en consideración los resultados que arroja la batería psicológica aplicada y conocer los antecedentes que ocasionaron tales resultados, es decir, comprender de forma integral al usuario, con este paso se permite descartar aquellos diagnósticos diferenciales que cumplan con la hipótesis propuesta acerca del diagnóstico, de esta manera el terapeuta tendrá seguridad para la aplicación del plan terapéutico realizado (Capurro y Rada, 2007 y Beatón, 1999).

- ✓ F14.21 Trastornos Mentales y del comportamiento por consumo de cocaína.
Síndrome de dependencia en la actualidad en un medio protegido.

Con la ayuda de los reactivos aplicados y la intervención se evidenció que D.C cumple con los criterios del CIE-10 como son algunos: deseo intenso a consumir la sustancia, disminución de la capacidad para controlar el consumo y tolerancia de la sustancia por lo que se establece este diagnóstico final.

F14.21 Trastornos Mentales y del comportamiento por consumo de cocaína.

Síndrome de dependencia en la actualidad en un medio protegido.

Tabla 8

Criterios referentes al síndrome de dependencia

| Criterios de diagnóstico que cumple | Criterios de diagnóstico que no cumple |
|--|--|
| El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de tres de los rasgos siguientes: a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia. | El usuario cumple 100% con todos los criterios |

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.

c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (f1x.4, f1x.3) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

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.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Nota: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) –Cie 10.

Se formaliza este diagnóstico ya que D.C cumple con los todos los criterios del CIE-10, así como la sintomatología correspondiente a mantener los síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia y una tolerancia, además de los deseos intensos por consumir (craving), conflictos interpersonales, una alta necesidad de aprobación, sentimientos de soledad y tristeza y descuido físico.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- ✓ Reducir las conductas de consumo del usuario mediante la Terapia Cognitivo-Conductual.
- ✓ Enseñar habilidades de afrontamiento para prevenir una reincidencia en el consumo de sustancias.
- ✓ Entrenar en habilidad de resolución de conflictos para el manejo de situaciones de ***riesgo en relación al consumo.***

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

El presente plan de tratamiento está estructurado por 9 sesiones de aproximadamente de 40 a 45 minutos. La primera sesión estuvo destinada al establecimiento de rapport y recolección de información para la historia clínica, las siguientes 8 sesiones se utiliza la terapia cognitivo conductual siendo un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al usuario a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas.

Tabla 7

Plan de tratamiento.

| SESIÓN | OBJETIVO | TÉCNICA | OBSERVACIÓN |
|--|--|---|---|
| 2 Modalidad: presencial Tiempo: 50 min | Modificación de ideas relacionadas al consumo | Debate socrático Terapia narrativa Reestructuración cognitiva | Para una mejor comprensión se enviaron las siguientes tareas: <ul style="list-style-type: none"> • Justificar pensamientos de autorreferencia “¿Por qué mi familia me necesita?” |
| 3 Modalidad: presencial Tiempo: 40 min | Reforzar la capacidad de toma de decisiones y control de la impulsividad | Practica de imaginación | Para una mejor comprensión se enviaron las siguientes tareas: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer seis virtudes de sí mismo. |
| 4 Modalidad: presencial | Explorar la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas, Autoestima. | Técnicas proyectivas | Para una mejor comprensión se enviaron las siguientes tareas: |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| 5 | Reforzar de manera positiva el autoconcepto del usuario | Dialogo terapéutico | | <ul style="list-style-type: none"> Se sugiere repasar literatura terapéutica (libro azul) |
| 6 | Evaluar la memoria, orientación, concentración y lenguaje | Aplicación de reactivos que permitan evaluar el avance del paciente | | Para una mejor comprensión se enviaron las siguientes tareas: <ul style="list-style-type: none"> Repasar literatura (libro azul) cuarto paso Realizar proyecto de vida |
| 7 | Realizar FODA personal | Herramienta FODA | | No se concluye esta técnica y se concretará en la sesión posterior |
| 8 | Reforzar habilidades personales para hacer frente a las recaídas en el proceso de cambio de la conducta adictiva | Herramienta FODA Dialogo socrático Autorregistro de pensamientos Técnica de triaje | | |
| 9 | Cierre terapéutico. | Comunicación asertiva Retroalimentación de todo el proceso realizado. | | |

Nota: Autoría propia

Descripción de técnicas psicoterapéuticas utilizadas

Sesión 2: esta sesión tuvo como objetivo modificar de ideas relacionadas al consumo por lo que se utilizaron las siguientes técnicas:

-Debate socrático y reestructuración cognitiva, el debate socrático es una técnica cognitiva con el objetivo de obtener en el usuario una disonancia cognitiva a través de preguntas sistémicas dirigidas por el terapeuta (Partarrieu, 2011). Por otro lado, la reestructuración cognitiva es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual. La reestructuración cognitiva consiste en que el paciente, con la guía y ayuda del terapeuta, pueda lograr identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos que presenta, de esta forma van a quedar sustituidos por otros pensamientos más adaptativos y apropiados, la

consecuencia de esto es reducir o eliminar la perturbación emocional y/o conductual que estaba causada por los desadaptativos (Bados & García, 2010).

Tomando en cuenta lo mencionado, el debate socrático se desarrolló inicialmente con la verificación del estado de ánimo del usuario, posterior se solicitó que enfoque su concentración a los conceptos asociados al consumo. Se inicia una serie de preguntas que se enfocan a la aclaración de los conceptos que él tiene acerca de su consumo, por ejemplo: ¿Cómo se siente cuando consume la pasta base de cocaína?, ¿Por qué manifiesta que cuando consume se siente mejor?, se solicita que explique con mayor claridad su respuesta. Una vez obtenido una respuesta se presenta al usuario los conceptos asociados a la realidad, logrando en el usuario la modificación de las ideas que poseía.

-Terapia narrativa, se la comprende como un conglomerado de desarrollos en los que es posible reconocer coincidencias e intersecciones y también diferencias, haciendo uso de la metáfora narrativa como núcleo de la intervención (Negrete et al., 2017). En primer lugar, se le pidió al usuario que identifique sus emociones o su estado afectivo, posteriormente se le solicita que exprese como se siente con lo que acabo de identificar, de esta manera se realiza una narración para lograr un grado de reflexión, luego de culminar la historia se pide que comunique lo que comprendió de la actividad, al tiempo que se retroalimenta dando un significado a la historieta y adaptándola a su realidad.

Sesión 3: esta sesión se centró en reforzar la capacidad de toma de decisiones y control de la impulsividad

-Practica de imaginación, es un proceso donde el pensamiento aduce el uso de los sentidos el cual también implica utilizar la imagen mental que engloba todos los sentidos: como lo es la visión, la audición, el olfato, el gusto, y las sensaciones kinestésicas, es decir, el movimiento, la posición y el tacto (Valiente, 2006). En esta técnica se le solicito al usuario que cierre sus ojos e imagine que se encuentra en una isla desierta, posteriormente se le interrogo acerca de cuáles serían las cualidades que le ayudarían a sobrevivir en ese espacio, lo cual se le dificulto bastante debido a su falta de autoconocimiento y baja autoestima, sin embargo, con la ayuda del terapeuta logro reconocer dos cualidades.

Sesión 4: esta sesión desea explorar la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas, Autoestima

-Técnicas proyectivas, se entiende como técnicas proyectivas a aquellas que tienen la pretensión de estudiar la parte interna psíquica y los mecanismos de defensa de los sujetos, se refiere a exteriorizar contenido de la parte interna y así aliviar síntomas (Ramírez, 2017). Dentro de esta técnica se le pidió al sujeto que dibujara un árbol dentro del cual tenía que detallar seis cualidades, seis cualidades que quisiera mejorar y seis logros conseguidos. Al igual que en la técnica anterior, al usuario se le dificultó identificar sus cualidades a pesar de ello se logró completar la sesión con una retroalimentación y psicoeducación acerca de la autoestima.

Sesión 5: tiene la finalidad de reforzar de manera positiva el autoconcepto del usuario

-Dialogo terapéutico, en esta sesión se dialogó con el paciente acerca del autoconcepto en una entrevista clínica dentro de la cual se resaltaron aspectos como factores y características principales del autoconcepto y como esta podría ayudarlo en el proceso de rehabilitación.

Sesión 7: esta sesión tuvo como objetivo realizar el FODA personal

-Herramienta FODA, esta técnica facilita la evaluación de factores tanto internos (fortalezas y debilidades) como externos (oportunidades y amenazas) o como bien se los conoce los factores fuertes y débiles, con la finalidad de que el usuario pueda tener más y mejor información en la toma de decisiones en su vida diaria (Sarli et al., 2015). Se procedió a la entrega de las hojas donde el usuario debe definir las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que posee. El usuario presenta positivismo con su progreso y se expresa de mejor manera y con honestidad sobre las oportunidades y fortalezas Durante esta sesión no se culmina, por lo que se concreta en la sesión posterior.

Sesión 8: esta sesión tuvo como fin reforzar habilidades personales para hacer frente a las recaídas en el proceso de cambio de la conducta adictiva. Se utiliza la técnica de Herramienta FODA y se culmina con la tarea denominada autorregistro de pensamientos y

realizar tarjetas de emergencia para que las pueda utilizar en un momento que pueda propiciar una recaída.

Sesión 9: como última sesión, se realiza el cierre terapéutico con el usuario y una retroalimentación de todo el proceso realizado durante este tiempo.

-Comunicación asertiva, se entiende que contiene las herramientas indispensables y suficientes a utilizar en el acto comunicativo, logrando que las personas que la usan se desempeñen de forma adecuada, consiste en que deben hacer valer sus opiniones y puntos de vista, pero sin lastimar al que recibe el mensaje (Castro & Calzadilla, 2021). Haciendo uso de esta técnica se procuró enseñar habilidades sociales para que el usuario logre comunicarse de manera asertiva, por ende, se facilite mantener relaciones saludables positivas en su vida cotidiana.

Capítulo tres

Resultados

A continuación, se presentan los resultados encontrados dentro del presente caso clínico relacionado con el abuso de pasta base de cocaína, para lo cual se realizó un análisis respectivo de los avances del usuario mediante dos métodos que corresponden al cualitativo y cuantitativo.

De esta forma, para el análisis cuantitativo se aplicó un re-test en la sesión 5 y se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 8

Resultados de seguimiento del test Montreal Cognitive Assessment (Moca) y Mini Mental State Examination (MMSE) para el deterioro cognitivo

| Instrumento | | Resultados pre evaluación | Resultado post evaluación |
|-------------------------------|------------------------------|---|---|
| Montreal Assessment (Moca) | Cognitive puntos | Puntaje (Moca): 22 puntos | Puntaje (MMSE): 27 puntos |
| Mini Examination (MMSE) | Mental State cognitivo | Interpretación: índice de un deterioro cognitivo | Interpretación: no existe un deterioro cognitivo |

Nota: Autoría propia

Como se puede observar en los resultados obtenidos en la pre intervención, se encontró un índice de deterioro cognitivo evaluado con el instrumento MOCA con un puntaje de 22 puntos, lo cual dio paso a evaluar nuevamente en una sesión posterior para verificar si el resultado se mantenía o si este se dio por las circunstancias en las que ingresa el usuario al centro, mismas que son provocadas por el consumo que presenta. Se consideró aplicar el MMSE para contraste de resultados y se obtuvo un puntaje de 27 puntos, por lo que no existe ningún tipo de deterioro cognitivo.

Paralelamente al análisis cualitativo se realizó una ficha de observación con el objetivo de establecer una comparación de aquellas conductas y aspectos que se encontraban inicialmente afectadas en el usuario, en comparación con la actualidad después de haber recibido tratamiento, para una mejor apreciación, en la siguiente se explica de forma detallada la ficha mencionada.

Tabla 9
Resultados cualitativos

| Variable | Pretratamiento | Postratamiento |
|---|--|--|
| Craving | Usuario que presenta deseos intensos por consumir al iniciar la intervención psicológica. | Reducción de los deseos intensos por consumir a la nulidad debido a que se aplicó la técnica del debate socrático y reestructuración cognitiva |
| Relaciones interpersonales conflictivas | Conflictos frecuentes con su pareja, tías, primos y amigos | Incremento significativo en la resolución de conflictos y se consiguió un perdón con sus familiares y amigos mismo que demostraron ser una red de apoyo |
| Baja autoestima | Necesidad de aprobación y la necesidad de amor por las demás personas | Mejoro su autoconcepto y un mayor manejo de asertividad gracias a las técnicas proyectivas |
| Escasa red de apoyo | Usuario manifiesta mantener sentimientos de soledad, carece de vínculos seguros y cercanos y un intenso sentimiento de abandono | Logro reforzar su red de apoyo dentro y fuera del centro, creando vínculos más cercanos con las personas más apreciadas por el usuario mediante el dialogo terapéutico |
| Duelo no resuelto | Sentimientos de tristeza debido al fallecimiento de su abuela y mejor amigo lo que le generó en alguna ocasión un pensamiento suicida. | En base a la terapia narrativa, se eliminaron los pensamientos suicidas y se produjo la aceptación del fallecimiento de su abuela y mejor amigo |
| Apariencia física | Se evidenció en primeras sesiones un descuido físico | Se demostró un adecuado cuidado y aseo personal, por su aspecto físico e higiene, el cual ayudó a mejorar sus relaciones sociales |

Nota: Autoria propia.

Las variables observables que se trabajaron con el usuario son las descritas en la tabla anterior, en todas aquellas se logró obtener una evolución favorable del usuario, por ejemplo, mejorar el autoconcepto, disminuir los sentimientos de soledad, eliminar los

pensamientos de suicidio reformular una red de apoyo y reducir los intensos deseos por consumir.

Discusión y conclusiones

El presente estudio de caso es sobre el usuario D.C de 39 años, mismo que presenta síndrome de dependencia a la pasta base de cocaína, lo cual ha traído repercusiones a su vida como los problemas familiares, laborales y sociales. Además, muestra deseos intensos por consumir e incapacidad para regular sus emociones, conflictos interpersonales y necesidad de aprobación. Con base lo mencionado anteriormente, se manejó la terapia cognitivo-conductual con el objetivo de reducir las conductas de consumo.

Los instrumentos empleados para la evaluación del usuario son los siguientes: el test MOCA (Montreal Cognitive Assessment) el cual se consideró para evaluar deterioro cognitivo, los resultados que se evidenciaron en el usuario fueron de un probable trastorno cognitivo. Esta información concuerda con los resultados obtenidos por Hurtado et al., (2022) donde el instrumento arrojó afectaciones en la corteza prefrontal lo que crea perturbaciones en el funcionamiento normal de la conducta, el pensamiento, toma de decisiones e incluso puede comprometer la recuperación del paciente que consume dicha sustancia.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon III fue el segundo test utilizado mismo que ayuda a evaluar la personalidad y la psicopatología de los adultos que reciben atención, tratamiento psicológico o psiquiátrico. En relación a los patrones clínicos identificados se encontró compatibilidad con una personalidad de tipo narcisista y con respecto a los síndromes clínicos, existen signos leves de un trastorno bipolar maniaco. Al respecto Predrero-Pérez (2018) realizó análisis del inventario en una muestra de 1406 sujetos institucionalizados donde los pacientes consumidores de cocaína se relacionan con patrones psicóticos, con características como la autoestima variable, afrontamiento del estrés centrado en la tarea y no en reducir el malestar, cierta capacidad de autocontrol, menores niveles de impulsividad y menores niveles de estrés.

El tercer test que se utilizó fue el Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) para identificar el tipo de sustancia que consume el usuario y también para determinar el tipo de intervención que sería más adecuada para el sujeto. Se ha encontrado que el ASSIT presenta buenas propiedades psicométricas en cuanto a medir

los diferentes niveles de riesgo que presenta el uso de sustancias, lo que lo hace un instrumento confiable de usarse en la detección y realizar intervención de la problemática (López et al., 2021).

Con los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados se consideró el uso de técnicas pertenecientes a la terapia Cognitivo-Conductual acordes al diagnóstico del paciente. Este enfoque se considera preciso para el tratamiento de la conducta adictiva debido a que engloba la modificación de dicha conducta a través de varias técnicas como reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento, entrevista motivacional y prevención de recaídas mediante la identificación de situaciones peligrosas o de riesgo, además toma en cuenta todas las características que engloban la dependencia a la sustancia y entrena en estilos de afrontamiento para adquirir habilidades de solución de conflictos de forma práctica (Bedoya y Orozco, 2019). Además, este tratamiento es eficaz porque sirve para prevenir recaídas en la conducta adictiva, ya que se centra en entrenar habilidades sociales, expresión emocional, comunicación asertiva, entre otras que ayudan a que el paciente genere consciencia de su condición biopsicoemocional, y así pueda generar autoeficacia y mantenerse en rehabilitación.

En un estudio realizado por Rentería et al., (2022) con 11 sujetos dependientes de abuso de sustancias se utilizó la terapia cognitivo conductual y se obtuvo un descenso en los porcentajes de abuso sustancial y severo, reportaron mayor satisfacción con la vida y sentido de la vida después del tratamiento. Aguilar (2018) realizó un estudio con 8 personas que presentaban consumo de cocaína y se encontraban en tratamiento residencial, el tratamiento estuvo basado en la terapia cognitivo-conductual trabajando sobre sus ideas irracionales respecto al consumo de drogas y factores precipitantes hacia una recaída, entre otros, se aplicó un re-test que confirmó el cambio en estas características y mejoraron sus habilidades sociales, la comunicación más asertiva, el uso de alternativas y soluciones, etc.

Debido a que el usuario de este estudio presentó conflictos familiares y sociales por falta de habilidades sociales, necesidad de aprobación, sentimientos de soledad y descuido físico, se consideró el uso de la terapia cognitivo conductual, esto se corrobora con el estudio

de caso presentado Valdigués (2019) quien a través del uso de la terapia cognitivo conductual consiguió que el paciente desarrollará su autoestima, consiguiera un nivel promedio de autoeficacia que es adecuado para afrontar situaciones riesgosas, también un nivel promedio en autocontrol y optimismo, además locus de control interno sobre las conductas propias y un desempeño adecuado de habilidades sociales.

Se realizó la aplicación de un instrumento postratamiento con el test Mini Mental State Examination (MMSE) que indica la no existencia de deterioro cognitivo, esto podría explicarse debido a que el uso de cocaína produce alteraciones cognitivas, estos déficits cognitivos se presentan por varios factores como el patrón de uso de drogas, el entorno sociocultural en el que se desenvuelve el sujeto, entre otros. Pero después del uso de drogas se dan nuevamente cambios cognitivos (Alonso-Matías et al, 2019). Esta información reafirma el estudio realizado por López (2022) quien evaluó a 73 participantes, de los cuales 37 consumían sustancias y 36 era el grupo control no consumidor, en lo que respecta a la aplicación del test Mini Mental el puntaje obtenido por el grupo no consumidor es más alto que los que si consumen, esto sugería que presentan un menor deterioro cognitivo las personas que no consumen sustancias.

Las conclusiones que se presentan en el estudio son las siguientes, en primer lugar, es el mejoramiento que se evidenció en el usuario luego de aplicarle el plan terapéutico considerado, se puede tomar como ejemplo síntomas como el llanto continuo en primeras sesiones que después se extinguió dando cabida a la aceptación de su realidad. Por otro parte, al finalizar la terapia los deseos de consumir del usuario habían disminuido y mantenía presente las estrategias de afrontamiento para prevenir posibles recaídas. Además, los problemas familiares se redujeron y se dio lugar a un estrechamiento de las relaciones con su madre, tías y primos, los cuales conformaron su red de apoyo.

El aporte que realiza este trabajo es la demostración de técnicas efectivas pertenecientes a la terapia cognitivo-conductual la cual es recomendada para trabajar terapéuticamente con pacientes que presentan síndrome de dependencia a la pasta base cocaína y se encuentran institucionalizados.

Las limitaciones que presenta el estudio es que se inició el proceso terapéutico con el paciente cuando este ya había ingresado al centro desde hace un mes y medio aproximadamente y se le había realizado un proceso de evaluación e intervención previo por la psicóloga que laboraba en dicha institución, por lo que no se contó con mucho tiempo para nuevas evaluaciones de otras dimensiones consideradas importantes y recolección de datos para el tratamiento, debido a que el proceso se tuvo que centrar en el plan terapéutico por el corto tiempo disponible del usuario. Por otro lado, debido a la emergencia sanitaria que se suscitaba en esos momentos, el proceso terapéutico tuvo retraso, sin embargo, se logró concluir este en su totalidad ajustando las sesiones con el tiempo libre del usuario. Es importante recalcar que no se trabajó con la familia debido a que, dentro de los lineamientos del centro, no se encuentra la terapia familiar, lo cual se considera como una limitación.

Recomendaciones

Se recomienda al usuario hacer uso de las estrategias abordadas en el proceso terapéutico, las cuales le ayudarán a continuar con su recuperación y mantenimiento de no consumir la sustancia, además con estas podrá hacer frente a situaciones de riesgo.

Además, es importante seguir realizando investigaciones que permitan corroborar la eficacia de tratamientos, específicamente en personas con uso problemático de la pasta base cocaína, debido a que estos son muy limitados.

De igual forma, se recomienda incluir en los tratamientos de dichos usuarios a la familia, realizando terapias familiares de unificación, donde las características principales sean la adherencia al tratamiento (incrementar la retención) y reducir el consumo de sustancias postratamiento.

Referencias

- Aguilar, K. (2018). Programa de intervención cognitivo-conductual para la prevención de recaídas con adictos a la cocaína. (Tesis de maestría- Universidad autónoma del estado de Morelos). <http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/572/AUVKZN08T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alonso-Matías, L., Reyes-Zamorano, E., y González-Olvera, J. (2019). Funcionamiento cognitivo en sujetos con trastorno de dependencia a cocaína y crack durante la abstinencia temprana. *Revista Neurológica* 271-280. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6807.2018119>
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (5.a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bados López, y García Grau. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bedoya, L. y Orozco, L. (2019). *Características del tratamiento cognitivo conductual en adicción a sustancias psicoactivas* (Tesis Doctoral-Corporación Universitaria Minuto de Dios). https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/7544/1/UVDTP_BedoyaLondo%C3%B1oLuisaFernanda_2019.pdf
- Blass, B., Chen, P., Taylor, M., Griffin, S., Gordon, J., y Luedtke, R. (2022). Design, synthesis, and evaluation of functionalized 5-(4-arylpiperazin-1-yl)-N-arylpentanamides as selective dopamine D3 receptor ligands. *Medicinal Chemistry Research*, 31(1), 132-145. <https://doi.org/10.33588/rn.6807.2018119>
- Castilla, R., Matheu, F., Azzato, F., y Milei, J. (2020). Productos intermedios de la cocaína: la pasta base o "paco". *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 133(4). https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/133658/CONICET_Digital_Nro.fb02f1ba-7c86-4893-b5ed-a5c65c67ff53_A.pdf?sequence=2

- Castro, G., y Calzadilla, G. (2021). La comunicación assertiva una mirada desde la psicología de la educación. *Revista Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 12(3). <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/1177>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, Washington, D.C., 2019. <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/SecretariaUrrutiaArt%C3%ADculoinformesobreeIconsumodeDrogasenlas.pdf>
- Coronel, A., Pasantes, X., Ortiz, G., y Guamán, J. (2021). Rasgos de personalidad y consumo de sustancias psicoactivas en personas privadas de libertad. *Journal of American Health*. <https://www.jahjournal.com/index.php/jah/article/view/72/156>
- Folstein M, Folstein, S., McHugh, R., y Fanjiang, G. (1975). Mini – Mental State. https://web.teaediciones.com/Ejemplos/MMSE_Extracto_manual.pdf
- García, D. (2020). Protocolo de intervención multicomponente para pacientes adultos con un problema de dependencia a la cocaína. *Revista de criminología, psicología y ley (Cripsiley)*, (3), 129-187. <https://educacion.usal.es/wp-content/uploads/sites/46/2020/02/Protocolo-de-intervenci%C3%83%C2%B3n-multicomponente-para-pacientes-adultos-con-probelmas-de-dependencia-a-la-cocaina.pdf>
- Goldstein, A. (1978). Escala de evaluación de habilidades sociales. https://www.academia.edu/37172809/ESCALA_DE_EVALUACION_DE_HABILIDADESsSOCIALES_BIBLIOTECA_DE_PSICOMETRIA.
- Hurtado, A., Irazoqui, G., García, L., Groisman, R., y Pavlovsky, F. (2022). Mejoramiento del rendimiento cognitivo y plasticidad post lesional durante el tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno por uso de sustancias. Reporte de caso. 33(156): 56-63. https://revistavertex.com.ar/descargas/primeronline/vertex%20156_articulo%207%20PAVLOVSKY_ok.pdf

- López, D. (2022). Experiencias traumáticas tempranas y la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con Trastorno por Consumo de Sustancias. (Tesis de Maestría, Universidad de Guanajuato). Repositorio institucional. http://repositorio.ugto.mx/bitstream/20.500.12059/6279/1/DIANA%20LAURA%20L%203%93PEZ%20NAVARRO_Tesis24.pdf
- López-Lazcano, A., López-Pelayo, H., Balcells-Oliveró, M., y Segura, L. (2021). Validation of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in acute psychiatric inpatients. *Adicciones*, 1496-1496. <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/1496/1232>
- Mangado, E. Trastornos psiquiátricos en dependientes de cocaína. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_1949552551.pdf
- Millon, T., y Grossman, S. (2018). MCMI-IV: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV. <https://www.uam.es/uam/media/doc/1606882889947/mcmi-iv.pdf>
- Muniz, A. (2018). Intervenciones en psicología clínica: herramientas para la evaluación y el diagnóstico. Montevideo: Comisión sectorial de enseñanza.
- Negrete, D., Velasco, S., y Cáceres, C. (2017). Terapia narrativa, una alternativa para el tratamiento del uso de drogas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1539-1569. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70118>
- NIDA. 2020, Junio 1. Terapia cognitiva conductual (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina, nicotina). <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-drogadiccion/terapias-de-la-conducta/terapia-cognitiva-conductual>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (10.a ed.). Editorial Médica Panamericana. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- ORMEÑO, M. (2016). Sistematización de experiencias de prácticas en el área clínica sobre la atención psicológica en adolescentes de 14 a 17 años con consumo de sustancias psicotrópicas usuarios del CDID, 2015 [Tesis de licenciatura, Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/26038>
- Partarrieu, A. (2011). Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur* (pp. 000-052). https://www.researchgate.net/profile/Andres-Partarrieu/publication/332622083_DIALOGO_SOCRATICO_EN_PSICOTERAPIA_COGNITIVA/links/5cc07bbc299bf120977d5c2b/DIALOGO-SOCRATICO-EN-PSICOTERAPIA-COGNITIVA.pdf
- Paz Guerra, S., y Peña Herrera, B. (2021). *Fundamentos de la evaluación psicológica*. Abya-Yala. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20863/5/Fundamentos%20de%20%20evaluacio%cc%81n%20psicolo%cc%81gica.pdf>
- Pedraza, O., Salazar, A., Sierra, F., Soler, D., Castro, J., Castillo, P., y Piñeros, C. (2016). Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de adultos de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*, 41(4), 221-228. <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n4/v41n4a04.pdf>
- Pedrero-Pérez, E. (2018). TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PERSONAS CON ADICCIÓN: CONGLOMERADOS DIAGNÓSTICOS Y VARIABLES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS. *Psicología Conductual*, 26(3), 473. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/trastornos-de-la-personalidad-en-personas-con/docview/2159614276/se-2?accountid=45668>
- Peñalver, C. (2014). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. *Evaluación del Inventario BDI II*, 45(5).

- Piacente, T. (2009). Instrumentos de evaluación psicológica no tipificados. Observación, entrevista y encuesta. Consideraciones generales. <https://ebg.ec/wp-content/uploads/2021/02/Microsoft-Word-2.-Ficha-No-2.-ENTREVISTA.pdf>
- Ramírez, R. (2017). La evaluación psicológica infantil: metodología y aplicación de las técnicas proyectivas y psicométricas. *Poiésis*, (33), 104-118. <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/2500>
- Rentería Cazares, R., Pérez Silva, L., Lapuente García, F., Fernández Flores, A., y Carrillo Saucedo, I. (2022). PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN JÓVENES CON PROBLEMAS POR ABUSO DE DROGAS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(2). <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol25num2/Vol25No2Art8.pdf>
- Salazar-Guerra, Y. I., Cedeño-Mendoza, P. A., & Caballero-Moreno, A. J. (2017). Clinical and personality characterization in patients with combined cocaine and marijuana base paste consumption. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 14(3). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2017/hph173e.pdf>
- Sánchez, L. (2022). *Análisis de la calidad del servicio de rehabilitación y la satisfacción del cliente en la clínica CETAD Hogares Kairós*. [Tesis de maestría. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio institucional. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/17761>
- Sarli, R., Gonzalez, S., y Ayres, N. (2015). Análisis FODA. Una herramienta necesaria. *Revista de la Facultad de Odontología*, 9(1), 17-20. https://bdigital.uncuyo.edu.ar/objetos_digitales/7320/sarlirfo-912015.pdf
- Valdiglesias Sánchez, D. (2019). Intervención cognitivo conductual en un paciente con drogodependencia. (Tesis de especialización, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Repositorio institucional. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11414/Valdiglesias_s_d.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Valiente, M. (2006). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 19. [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/16761-Texto%20del%20art%C3%ADculo-16837-1-10-20110602%20\(2\).PDF](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/16761-Texto%20del%20art%C3%ADculo-16837-1-10-20110602%20(2).PDF)