



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico
de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en
un entorno controlado”**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Correa Cueva, María Fernanda

Director: Jaramillo Bustamante, María Emilia

LOJA

2023



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-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>

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 13 de junio de 2023

Magíster.

Gianella Liseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención cognitivo- conductual en un caso clínico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en un entorno controlado realizado, por María Fernanda Correa Cueva, 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,

Directora: Psi. Cl. María Emilia Jaramillo Bustamante Mgtr.

C.I.: 1105632531

Correo electrónico: mejaramillo43@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, María Fernanda Correa Cueva, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: “Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en un entorno controlado”, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1. Marco Teórico donde se detallan los datos de identificación, el proceso de evaluación y diagnóstico del caso clínico; capítulo 2. Metodología, relacionado al tratamiento empleado en el paciente; y capítulo 3 enfocado a los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Mgrt. María Emilia Jaramillo Bustamante, directora 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: María Fernanda Correa Cueva

C.I.: 1106012139

Correo electrónico: ccmaria1@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo va dedicado a cada una de las personas que me han apoyado en todo mi camino universitario y en la vida en general, especialmente a mi madre, quien ha sido mi pilar fundamental, mi ancla en la tierra que me ha guiado, acompañado y motivado a ser constante y afrontar cada paso y etapa que he vivido.

Asimismo, a mi padre, quien es mi ángel en el cielo y el que me acompaña siempre con su guitarra y melodías para animarme a seguir y ser orgullo de mi familia, segura que desde donde estés me estas mirando y diciendo “lo estas logrando mis ojitos”.

Además, a mis amigos y amigas con quienes he compartido cada reto, caída, triunfo, aprendizaje y anécdotas, brindándome su apoyo emocional en cada momento.

Finalmente, a mí misma, por mi persistencia y por haber puesto mi mayor esfuerzo en cada paso académico para alcanzar este sueño, enriqueciéndome de cada aprendizaje y experiencia.

Agradecimiento

Primeramente, agradezco a Dios por darme la vida, permitirme afrontar cada etapa junto a mis seres queridos y culminar con éxitos la carrera.

Igualmente, agradezco a cada docente por aportar con sus enseñanzas, empatía y vocación en mi crecimiento personal y desempeño profesional.

De manera especial, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a mi querida tutora, Mgtr. María Emilia Jaramillo Bustamante, quien con su paciencia, responsabilidad, amabilidad y conocimiento me aportó directrices para el desarrollo del presente trabajo y futura vida profesional.

Asimismo, a mi familia por todo el apoyo incondicional, a mis amigos y amigas que han hecho de esta experiencia universitaria única y llevadera.

Índice de contenido

| | |
|---|------|
| Carátula..... | I |
| 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 |
| Índice de tablas | VIII |
| Índice de figuras | IX |
| Resumen | 1 |
| Abstract..... | 2 |
| Introducción | 3 |
| Capítulo uno | 7 |
| Marco teórico | 7 |
| 1.1 Presentación del caso..... | 7 |
| 1.1.1 <i>Identificación del paciente</i> | 7 |
| 1.1.2 <i>Motivo de consulta</i> | 8 |
| 1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i> | 9 |
| 1.2 Proceso de evaluación..... | 12 |
| 1.2.1 <i>Entrevista con el paciente</i> | 13 |
| 1.2.2 <i>Observación clínica</i> | 14 |
| 1.2.3 <i>Instrumentos psicológicos aplicados</i> | 15 |
| 1.3 Proceso diagnóstico | 22 |
| 1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i> | 22 |
| 1.3.2 <i>Diagnóstico diferencial</i> | 23 |
| 1.3.3 <i>Diagnóstico definitivo</i> | 27 |
| Capítulo dos | 31 |

| | |
|---|-----------|
| Metodología | 31 |
| 2.1 Tratamiento/Intervención | 31 |
| 2.1.1 Objetivos terapéuticos | 31 |
| 2.1.2 Plan de tratamiento/intervención | 31 |
| Capítulo tres | 45 |
| Resultados | 45 |
| 3.1 Análisis de resultados cuantitativos | 45 |
| 3.2 Análisis de resultados cualitativos | 49 |
| Discusión | 52 |
| Conclusiones | 59 |
| Recomendaciones | 61 |
| Referencias | 63 |

Índice de tablas

| | |
|---|-----------|
| Tabla 1 Funciones Mentales | 14 |
| Tabla 2 Resultados de la aplicación de Reactivos psicológicos | 19 |
| Tabla 3 Criterios ausentes y presentes de N.N para Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas | 23 |
| Tabla 4 Criterios ausentes y presentes de N.N. para Consumo Perjudicial de Cocaína | 24 |
| Tabla 5 Criterios ausentes y presentes de N.N. para Síndrome de abstinencia por consumo de cocaína, no complicado | 25 |
| Tabla 6 Criterios ausentes y presentes de N.N para problemas relacionados al consumo de tabaco | 26 |
| Tabla 7 Sintomatología presente de N.N. para Síndrome de dependencia de cocaína en la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido | 27 |

| | |
|--|-----------|
| Tabla 8 Sintomatología presente de N.N. para Consumo perjudicial de tabaco. | 29 |
| Tabla 9 Plan de Tratamiento/Intervención | 31 |
| Tabla 10 Resultados pretratamiento y post tratamiento del Listado de Síntomas Breves (LSB-50) | 45 |
| Tabla 11 Resultados pretratamiento y postratamiento del Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ-G)..... | 47 |
| Tabla 12 Resultados pretratamiento y postratamiento de la Escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island (URICA)..... | 47 |
| Tabla 13 Resultados pretratamiento y postratamiento de Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)..... | 48 |
| Tabla 14 Resultados de la Escala de Satisfacción al Tratamiento (CRES-4) | 49 |
| Tabla 15 Resultados cualitativos del progreso del tratamiento psicoterapéutico | 49 |

Índice de figuras

| | |
|--------------------------------|----------|
| Figura 1 Genograma..... | 8 |
|--------------------------------|----------|

Resumen

En el presente estudio se abordó a un paciente masculino de 53 años institucionalizado en un centro de rehabilitación debido al consumo problemático de base de cocaína y tabaco que mantiene desde hace 36 años aproximadamente, cumpliendo los criterios diagnósticos de acuerdo a la CIE-10 de F14.21 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína. Síndrome de dependencia en la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido. y F17.1 Consumo perjudicial de tabaco. La evaluación se ejecutó mediante entrevista semiestructurada, observación clínica y la aplicación de 7 reactivos psicológicos (MMSE, ASSIST, LSB-50, CCQ-G, URICA, BIS-11 y SEAPSI). El tratamiento se desarrolló desde un enfoque cognitivo-conductual durante 9 sesiones con una duración de 50 minutos aproximadamente; logrando mayor concientización del consumo perjudicial de tabaco y pasta base de cocaína, predisposición al cambio, disminución del craving e impulsividad, adquisición de habilidades de resolución de problemas y comunicación asertiva, mejor manejo de estrategias para la prevención de recaídas y establecimiento de una proyección a futuro.

Palabras clave: cognitivo-conductual, consumo de sustancia, cocaína, tabaco.

Abstract

The present study approached a 53-year-old male patient institutionalized in a rehabilitation center due to the problematic use of cocaine base and tobacco that he has maintained for approximately 36 years, meeting the diagnostic criteria according to ICD-10 of F14.21 Mental and behavioral disorders due to cocaine use. Dependence syndrome currently in abstinence, but in a protected environment. and F17.1 Harmful use of tobacco. The assessment was carried out by means of a semi-structured interview, clinical observation and the application of 7 psychological tests (MMSE, ASSIST, LSB-50, CCQ-G, URICA, BIS-11 and SEAPSI). The treatment was developed from a cognitive-behavioral approach during 9 sessions lasting approximately 50 minutes; achieving greater awareness of the harmful use of tobacco and cocaine base paste, predisposition to change, reduction of craving and impulsivity, acquisition of problem-solving skills and assertive communication, better management of strategies for relapse prevention and establishment of a future projection.

Key words: cognitive-behavioral, substance use, cocaine, tobacco.

Introducción

En la actualidad, la ingesta de sustancias psicoactivas representa una problemática a nivel mundial, puesto que pueden generar dependencia y daños en la salud física y mental debido a los compuestos que producen alteraciones en el comportamiento, la regulación del estado de ánimo, cognición y motivación (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] y Organización de los Estados Americanos [OEA], 2019; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

A nivel mundial, se estima un incremento del 11 % de consumo de drogas para este año 2023, considerando que con fecha de corte 2018 entre el 3,3% y 7,5 % de la población mundial de 15 a 64 años consumió una sustancia psicoactiva, de los cuales el 11% dependencia a la misma (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018), además, en el año 2020 aproximadamente 275 millones de personas ingirieron sustancias psicoactivas y más de 36 millones sufrieron un trastorno por consumo de drogas con acceso limitado a recibir tratamiento especializado, siendo prevalente en el sexo masculino (UNODC, 2021).

En Ecuador se conoce pocas estadísticas acerca de la ingesta de sustancias psicotrópicas, entre ellas, un estudio realizado en 1182 pacientes que acudieron al servicio de psicología en un centro de Salud de Azogues se encontró que el sexo masculino (15,4%) consume con más frecuencia que el femenino (1,4%); además, se encontró que el uso perjudicial prevalece con el 57.55 %, seguido la dependencia con 34.9 % y la abstinencia con un 7.55% (Lara y Álvarez, 2018). A nivel nacional las sustancias de preferencia para el consumo son tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, pasta base e inhalantes (Cárdenas Ortega y Vicente Parada, 2021; Lara y Álvarez, 2018).

La pasta base de cocaína (PBC) es definida como una sustancia estimulante que se adquiere a menores costos que otras drogas, resultante de residuos de la cocaína con ácido sulfúrico y queroseno, además la vía de administración es la inhalación ya sea sola o en

conjunto con tabaco, marihuana o ambos (Castilla et al., 2020), de igual manera, el tabaco es una droga estimulante legal compuesta por nicotina, componente que produce dependencia.

En el año 2020, a nivel mundial el 22,3% de la población consumía tabaco siendo la principal causa de mortalidad anual de 8 millones de personas aproximadamente. En relación a la prevalencia en Latinoamérica, se estima que Chile y Perú tienen las tasas más altas de consumo de PBC, con un 2,2% y un 1,5% respectivamente, seguidos por Colombia y Brasil, al final se ubica Ecuador con un aproximado de 0,5% (CICAD y OEA, 2019; UNODC, 2021).

Dentro de los factores de riesgo para la ingesta de sustancias psicoactivas se encuentra el presentar antecedentes familiares de consumo problemático, sexo masculino, rupturas amorosas, conflictos familiares, historia de conducta antisocial, vivir en zonas rurales, fácil acceso a las sustancias, poco apoyo social e historia de negligencia o abuso (Moreta-Herrera et al., 2018; Ortiz y Ortiz Márquez, 2018; Trillos-Cuello y Cogollo-Milanés, 2022).

Cuando el consumo de los psicotrópicos es repetitivo, compulsivo y sin control durante los últimos tres meses o varias veces en un período de 12 meses conlleva a que los individuos tiendan a manifestar un trastorno por consumo de sustancias, entendido este último como el conjunto de sintomatología fisiológica, cognitiva y conductual desencadenada por la ingesta de drogas a pesar de presentar consecuencias perjudiciales en varios ámbitos. La dependencia de cocaína se caracteriza por las manifestaciones antes mencionadas incluido los deseos intensos de consumir, déficit en el control de ingesta, incremento de tolerancia y un cuadro de abstinencia (fatiga, agitación psicomotriz, craving y aumento del apetito) (OMS, 2000; San Juan Sanz, 2019). En cuanto que, el consumo perjudicial de tabaco se define por la existencia de pruebas evidentes de que la ingesta ha ocasionado daños físicos o psicológicos, la naturaleza de la afectación es clara y el patrón de consumo ha perdurado al menos un mes o varias ocasiones en un año (OMS, 2000).

En consecuencia, los trastornos por consumo de sustancias acarrearán sintomatología psicofisiológica que precisa un abordaje integral y multidisciplinario (Garbi, 2022), siendo

relevante abordar esta problemática desde un tratamiento cognitivo conductual, el cual ha sido utilizado de manera recurrente y se fundamenta en la premisa de que el aprendizaje influye en el empleo de conductas desadaptativas, por ende en individuos con ingesta perjudicial de sustancias se enfoca en la detección de consecuencias positivas y negativos, prevención de recaídas, autocontrol, modificación de hábitos perjudiciales por medio de estrategias de afrontamiento ante situaciones de riesgo (Lániz-Mera y Pinargote-Macías, 2021; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020).

A pesar de la variedad de terapias eficaces que existen para el tratamiento en trastornos por consumo de sustancias, la terapia cognitivo conductual ha mostrado mayor validez empírica en población adolescente, joven y adulta, asimismo, varios estudios señalan que la mayoría de las personas que reciben un tratamiento basado en este modelo logran mantener los avances obtenidos durante un año después de haber finalizado la intervención, además, el uso de este enfoque en conjunto con terapia farmacológica para el control de abstinencia conlleva a mejores resultados (Beck et al., 2019; Bedoya Londoño, 2019; Cano Waller, 2020; González Sepúlveda, 2018; NIDA, 2020; Rentería Cazares et al., 2022; San Juan Sanz, 2019).

Los objetivos del tratamiento en casos de abuso de sustancias incluyen: reconocimiento por parte de la persona de que tiene un problema, desintoxicación de la sustancia (si es necesario), deshabituación psicológica, entrenamiento en prevención de recaídas y el cambio hacia un estilo de vida saludable, mediante la aplicación de técnicas como la reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, exposición, técnicas de relajación, control de estímulos, parada del pensamiento, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, activación conductual, establecimiento de metas, entre otras (Becoña Iglesias, 2016; Pérez García, 2020).

En base a la literatura expuesta, se evidencia la importancia de intervenir en trastornos por consumo de sustancias desde un enfoque cognitivo-conductual considerando las necesidades individuales de cada usuario; por ello, en el presente trabajo se plasma el

abordaje psicoterapéutico de un paciente de 53 años con dependencia a la pasta base de cocaína y consumo perjudicial de tabaco.

El presente estudio se torna significativo a nivel institucional y social, puesto que refleja de forma práctica el conocimiento teórico correspondiente al proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento, lo que da realce al rol del psicólogo clínico en el abordaje de esta problemática. Igualmente, este trabajo será de utilidad para futuras investigaciones o como protocolo que se puede tomar en cuenta en casos semejantes dentro del contexto ecuatoriano, ya que existe poca literatura acerca de estudios de casos únicos a nivel nacional.

La información se encuentra estructurada en tres capítulos: el primero, corresponde al marco teórico, que incluye información relevante del usuario y detalla el proceso de evaluación y diagnóstico. El segundo, aborda la metodología utilizada, describiendo el tratamiento y el plan de intervención aplicado al paciente. Finalmente, en el tercer capítulo, se exponen los resultados obtenidos tras haber finalizado el tratamiento, junto con la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y 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 de sexo masculino de 53 años, divorciado, de religión católica, con un nivel de instrucción primaria, nació en Riobamba y en la actualidad reside en la ciudad de Loja, se desempeñaba como chofer, sin embargo, se encuentra desempleado, por lo que sus fuentes de ingresos económicos provienen de su familia y por pagos de deudas de algunas amistades.

N.N. proviene de una familia nuclear conformada por sus padres y 3 hermanos, 2 varones y una mujer, ocupando el primer lugar entre sus hermanos. A la edad de 27 años conformó una familia con su exesposa, con quien tuvo una hija. Actualmente vive solo por lo que constituye una familia unipersonal. Referente a la relación con su familia de origen, así como, con su exesposa e hija es buena, sin embargo, es distante, puesto que todos ellos residen en el extranjero desde hace 24 años aproximadamente. A continuación, en la **Figura 1** se detalla el genograma del paciente:

bajo los efectos de la sustancia y le envíen dinero con la finalidad de adquirir una gran cantidad de las sustancias antes mencionadas, sin embargo, no es consciente del consumo perjudicial de tabaco, “cuando salga de aquí lo primero que voy hacer es comprarme un tabaco y como fumar no me ha causado daño, igual muchos fuman y no pasa nada”.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

N.N. describe que en su infancia era un niño tranquilo, sin embargo, se involucraba en disputas (no detalla motivos), así mismo considera que la relación con sus padres era buena, teniendo más afinidad con la madre, lo cual se mantiene hasta la actualidad.

Con respecto a sus estudios secundarios no los completó debido a la falta de interés y bajo rendimiento académico, de modo que, inicia su vida laboral como acompañante en el camión de su padre.

A los 17 años comienza a fumar tabaco, debido a la presión social de los amigos y primos, posteriormente percibió gusto por la sustancia llegando a fumar una cajetilla diaria, este consumo lo realizaba en compañía de sus pares y también en solitario.

A la misma edad, inició la ingesta de base de cocaína mezclada con tabaco por motivo de rebeldía ante falsas acusaciones por parte de la familia extensa acerca del consumo de sustancias “mis tías siempre decían que yo estaba metido en drogas, cuando no era así, por eso un día ya me enojé y me fui con un primo a fumar, para que ya hablen con razón”, la primera vez que fumó un paquete de base de cocaína fue en compañía de un primo; durante los siguientes 7 años aproximadamente el consumo persistió, manteniendo la misma cantidad de un paquete cada 5 meses.

A los 18 años ingiere por primera vez alcohol en compañía de sus primos hasta quedar en estado de embriaguez sin pérdida de conciencia, el consumo de esta sustancia no fue frecuente, pues refiere, no haber tenido interés en la misma.

A los 26 años aproximadamente viajó a Europa, donde reemplaza la ingesta de base de cocaína por inhalación de cocaína pura, los efectos inmediatos que experimentó fueron verborrea y sensación de aumento de energía, la frecuencia de consumo se desarrolló cada

15 días con una dosis aproximada de 1 gr, realizándolo solo y en compañía durante casi dos años, posteriormente incrementó la frecuencia de consumo a cada 3 días, pero conservando la misma cantidad (1gr).

Usuario menciona que durante ese período de tiempo mantuvo el consumo de tabaco con la misma frecuencia y cantidad (una cajetilla diaria). No obstante, al ingerir mayor cantidad de cocaína las dosis de tabaco también aumentaron pasando de una cajetilla a dos cajetillas diarias.

Al regresar a Ecuador en el año 2010 se involucró en actos delictivos por ende fue ingresado a un Centro de Rehabilitación Social durante 7 años, los primeros 2 años mantuvo el consumo de base de cocaína y tabaco, los 5 años posteriores cesó el consumo de base de cocaína por motivos “de no querer brindar mal ejemplo a los hijos de su expareja sentimental”, asimismo interrumpió el consumo de tabaco debido al costo elevado de la sustancia lo que impedía adquirirla; frente a la suspensión de la ingesta de las sustancias el usuario experimentó deseos intensos de consumir, “desesperación”, ansiedad, aumento de apetito, atracones y un aumento significativo de peso.

Según el usuario, al egresar del Centro de Rehabilitación Social permaneció un mes sin consumir base de cocaína por no tener acceso a la sustancia, pero presentaba deseos intensos de consumir; sin embargo, recae ingiriendo base de cocaína ya que pudo adquirir la sustancia y también debido a los conflictos que presentó con su expareja sentimental, la frecuencia de ingesta fue con una periodicidad de una vez al mes y una dosis aproximada de 1 gr., durante 3 años.

En el año 2020 durante la Pandemia por Covid-19, N.N aumentó la cantidad de consumo de base de cocaína pasando de 1gr a 5gr siendo la ingesta casi a diario, según refiere, fue por motivo de no poder salir de su domicilio y permanecer solo (confinamiento). Por otra parte, señala que nunca tuvo un registro de hospitalización por sobredosis de sustancias desde que inició la ingesta.

Además, manifiesta que, cuando presentaba deseos intensos de fumar un tabaco y no tenía en ese momento, lo conseguía sin importar la hora o el lugar donde tenía que acudir para adquirirlo, igualmente menciona que previo al ingreso al primer centro terapéutico fumaba tabaco manteniendo la frecuencia y cantidad antes reportada (entre una o dos cajetillas diarias); sin embargo, el usuario percibe que el consumo de tabaco “no es un problema, a veces tengo una tos, pero sé que no es por el tabaco es por el clima, pues todos fuman y no pasa nada”.

Previo a la institucionalización en los dos centros terapéuticos refiere que no ha presentado ninguna enfermedad médica relevante, sin embargo, ha tenido molestias en el nervio ciático, lo cual ha recibido tratamiento médico oportuno. Así mismo, comenta que estaba desempleado, sin embargo, no presenta problemas financieros debido a que recibe apoyo económico de sus familiares que residen en el extranjero y por pagos de algunas deudas de sus amistades.

El usuario menciona que su último consumo de base de cocaína fue en compañía de su última pareja sentimental, quien presenta consumo problemático de sustancias, entre ambos ingirieron aproximadamente 60 gr. durante 5 días (de día y noche), al sexto día no consumió por no tener acceso a la sustancia.

Paciente es ingresado por un primo al primer centro de rehabilitación, tras la interrupción del consumo N.N experimentó intenso deseo sexual y ansiedad, manifestada por atracones de comida, además, comenta que al inició le administraron un suero (no especifica el contenido); sin embargo, menciona que no recibió tratamiento farmacológico para el control de abstinencia, solo intervenciones psicoterapéuticas y vivenciales.

Posterior a ello usuario refiere que es derivado sin su consentimiento al segundo centro especializado, por haber presentado una disputa violenta con un interno del otro centro y con la finalidad de evitar represalias ingresa al nuevo centro terapéutico donde presenta malestar físico como: alteraciones en la presión arterial y cefaleas que son tratadas con paracetamol bajo revisión médica.

Así mismo, menciona que dentro del segundo centro especializado no ha presentado deseos intensos de consumo de base de cocaína (hasta la fecha lleva institucionalizado dos meses aproximadamente entre los dos centros) e indica que no dejará de fumar tabaco al egresar de la institución debido a que no ha representado ningún problema en el ámbito personal, laboral y familiar; por otro lado, refiere que se encuentra resignado a permanecer los siguientes 4 meses dentro de la institución.

Psicólogo refiere que el usuario durante las terapias grupales mantiene un estado de ánimo neutral, además de mostrar interés en las temáticas, aunque no realiza participaciones significativas.

Adicionalmente, usuario comenta que cada vez que algunos de los compañeros verbalizan “perica” siente picazón en la nariz, sensación que le resulta desagradable, también ha percibido el olor a tabaco en algunas ocasiones, lo que le ha generado asco. En la actualidad N.N. presenta craving, agitación motora leve, déficits en la gestión de la ira e impulsividad, preocupación por desconocer el estado de sus familiares en el extranjero, especialmente de la madre.

Con respecto a los factores predisponentes identificados se encuentra antecedentes familiares de consumo de alcohol y drogas (primos), en cuanto a los factores precipitantes está el relacionarse de manera permanente con amigos y pareja sentimental con consumo problemático; así mismo, los factores mantenedores son: vivir solo, permanecer desempleado, depender económicamente de la familia, déficits en el manejo de la ira y control de la impulsividad y poca proyección a futuro.

1.2. Proceso de evaluación

La evaluación del paciente se llevó a cabo en cuatro sesiones de cincuenta minutos aproximadamente que se efectuaron semanalmente bajo modalidad presencial, las dos primeras sesiones fueron destinadas a recoger información para la elaboración de historia clínica y las siguientes sesiones para la aplicación de instrumentos, administrando un total de ocho reactivos psicológicos considerando el protocolo de la institución que busca una

evaluación exhaustiva e integral del usuario (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2015; Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2021).

A continuación, se describen los métodos empleados en el proceso de evaluación psicológica, los cuales permitieron conocer y recabar información de la problemática del usuario siendo la entrevista clínica, observación clínica y test psicológicos:

1.2.1 Entrevista con el paciente

La entrevista psicológica es una técnica básica y versátil en el contexto clínico que consiste en la interacción entre dos personas con relación asimétrica para indagar y recoger datos, además, permite desarrollar el análisis funcional de la conducta (Martínez, 2019; Perpiña et al., 2022). El tipo de entrevista utilizada fue semiestructurada, ya que permite al profesional elaborar una guía para indagar temas relevantes en el proceso de evaluación, considerando la flexibilidad según las necesidades del consultante (Perpiña et al., 2022).

Primera entrevista: tuvo como objetivo establecer un adecuado rapport y recoger información acerca de datos sociodemográficos (edad, sexo, ocupación, etc.), condiciones de hospitalización, motivo de consulta, historia del problema (patrón de consumo de sustancias). Durante la entrevista la apariencia física de N.N estuvo acorde a su edad y situación, orientado alopsíquica y autopsíquicamente, mantuvo contacto visual, con una actitud colaboradora y buen estado de ánimo, además se denotó comprensión a las preguntas realizadas. Igualmente, se identificó que existe ingesta problemática de base de cocaína, pero no reconoce el consumo perjudicial de tabaco.

Segunda entrevista: tuvo como finalidad continuar con la recogida de información relacionada a la anamnesis personal, familiar, área social, laboral, escolar, psicosexual y datos faltantes de la historia del problema. En esta sesión N.N se mostró colaborador, con estado de ánimo eutímico y atento a las interrogantes planteadas.

Las siguientes dos sesiones tuvieron como objetivo principal aplicar los reactivos psicológicos y finalizar la recogida de información de algunos apartados de la historia clínica en donde se indagó: antecedentes médicos y psiquiátricos familiares, conciencia del consumo

perjudicial de tabaco, tratamiento farmacológico para la abstinencia y molestias somáticas actuales. En cuanto a la aplicación de los instrumentos psicológicos, posteriormente se detallará cada uno con sus respectivas puntuaciones.

1.2.2 Observación clínica

La observación es la primera etapa del método clínico, siendo una herramienta relevante en la obtención de información necesaria para contribuir al diagnóstico y el tratamiento, puesto que, se percibe el fenómeno de estudio para extraer información de índole verbal y no verbal para su posterior análisis (López Palma et al., 2019). En el presente caso se utilizó esta herramienta de evaluación en conjunto con la entrevista con la finalidad de valorar funciones mentales del paciente durante las primeras sesiones de evaluación, los resultados se detallan en la **Tabla 1**.

Tabla 1

Funciones Mentales

| Función Mental | Descripción |
|------------------------|--|
| Conciencia | Lúcido. |
| Orientación | Orientación alopsíquica y autopsíquicamente sin alteración. |
| Atención | Euprosexia (capacidad de atención normal). |
| Memoria | Memoria intacta a corto y largo plazo. |
| Pensamiento | Curso: acorde a su edad. Estructura: coherente. Contenido: preocupación acerca de regresar con su familia al extranjero o permanecer en la actual ciudad, además, se identifica distorsiones cognitivas “consumir me ayuda a pasar el tiempo”, “el tabaco no me daña, todos fuman y no pasa nada” (negación). |
| Sensopercepción | Sin alteraciones sensoperceptivas. |
| Lenguaje | Tono de voz adecuado, el ritmo de habla es ligeramente rápido. |
| Afectividad | Sin alteraciones. |
| Voluntad | Niveles adecuados. |
| Psicomotricidad | Agitación motora leve. |
| Introspección | Nivel promedio de introspección, el usuario es consciente de su consumo problemático de base de cocaína, no obstante, el consumo de tabaco está normalizado. |
| Hábitos | Cumple con la rutina y horario establecido por la institución. |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Instintos | Apetito: en el primer centro presentó aumento de apetito, pero en la actualidad se está regulando. Sueño: poca dificultad para conciliar el sueño debido a que suele tomar siestas en la tarde. |
| Inteligencia | Acorde al promedio. |
| Juicio y Razonamiento | Correcta capacidad de juicio y está consciente de su enfermedad, sin embargo, su proyección a futuro no es clara. |
| Descripción de la Apariencia | Buen aspecto físico, su vestimenta es limpia y acorde a su edad y sexo, adecuado aseo personal, sus expresiones faciales denotan tranquilidad, no se evidencian alteraciones físicas. |

Nota. En la presente tabla se describe las funciones mentales presentadas por N.N.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

A partir de los antecedentes personales y tomando en cuenta la sintomatología de N.N. se procedió a evaluar el nivel de riesgo del consumo de sustancias, deterioro cognitivo, patología dual, craving, impulsividad, personalidad y motivación al cambio, durante la tercera y cuarta sesión, el paciente se mostró colaborador eutímico, atento y con actitud segura, en donde se aplicó los siguientes instrumentos:

- **Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y Otras Sustancias (OMS-ASSIST V3.1):** durante la tercera sesión se administró este instrumento desarrollado por un grupo de investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la finalidad de detectar que tipo de sustancia psicoactiva consume (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes de tipo anfetaminas, inhalables, sedantes, alucinógenos, opiáceos, y otras drogas), además de, evaluar el nivel de riesgo con respecto a la ingesta en los últimos tres meses y determinar qué tipo de intervención requiere. Es un cuestionario heteroaplicado a población mayor de 18 años con sospecha de consumo de sustancias psicoactivas, la aplicación dura un aproximado de 10 minutos (Humeniuk et al., 2011). Consta de 8 preguntas, la primera pregunta contiene respuestas dicotómicas, desde la segunda a la quinta pregunta se responde con una escala que oscila de “nunca” a “diario o casi diariamente” y de la sexta a la octava pregunta va de “No, nunca” a “Sí, en los últimos tres meses”; el puntaje total por cada sustancia se obtiene a partir de la sumatoria

de los ítems 2 al 7, la cual indica el nivel de riesgo : “bajo” con un puntaje de 3 o menos para la mayoría de sustancias excepto el alcohol que debe obtener una puntuación igual o menor a 10, “moderado” con un puntaje de 4 a 26 para la mayoría de sustancias excepto el alcohol que se considera en este nivel al obtener de 11 a 26 puntos y “alto” con puntajes igual o mayor a 27; en cuanto al tipo intervención por nivel se estipula: “no tratamiento”, “intervención breve” o “derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento” respectivamente (Humenuik et al., 2011). Referente a la validez de constructo el alfa de Cronbach (α) es de 0.86 a 0.97 (Valladolid et al., 2014), así mismo se reporta una consistencia interna alta (Alcohol α = .86. marihuana α = .84 y cocaína α = .90) (Soto-Brandt et al., 2014).

- **Mini Examen del Estado Mental (MMSE):** instrumento aplicado en la tercera sesión, tiene como objetivo evaluar las funciones cognitivas en adultos mayores o personas con sospecha de deterioro cognitivo; está compuesto por 11 ítems distribuidos en las siguientes dimensiones: orientación temporal y espacial, capacidad de fijación, atención, cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo. El puntaje total representa el grado de deterioro cognitivo del individuo, una puntuación mayor a 27 indica ausencia de deterioro cognitivo, por debajo de 23 señala un déficit cognitivo relevante, e inferior a 20 puntos padece demencia (Llamas Velasco et al., 2015). Presenta adecuadas propiedades psicométricas (consistencia interna α = 0.72.) (Sagbay Coronel y Ramírez Coronel, 2023; Smith-Castro, 2014). En el caso de N.N se procedió aplicar esta prueba psicológica para descartar y corroborar lo identificado en la observación clínica con respecto a la ausencia de deterioro cognitivo, debido a la edad del paciente y el tiempo considerable de consumo de base de cocaína y tabaco, al conocer que la ingesta persistente y en grandes cantidades conlleva consecuencias asociadas al deterioro de funciones mentales (Valdevila Figueira et al., 2020).
- **Listado de Síntomas Breves (LSB-50):** es una prueba autoaplicada de screening administrado en la tercera sesión, cuyo objetivo es identificar y valorar síntomas

psicológicos y psicosomáticos en las últimas semanas en población adulta, conformado por 50 ítems con respuestas escala tipo Likert de 5 puntos (“en absoluto”, “un poco”, “moderadamente”, “bastante”, o “extremadamente”), los enunciados se clasifican en dos escalas de validez, tres en índices generales, nueve escalas y subescalas (psicorreactividad, hipersensibilidad, obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, alteraciones del sueño y alteraciones del sueño ampliada), y un índice de riesgo psicopatológico (Ferreira y Calderón, 2022). Su corrección es a partir de la suma de las respuestas obtenidas por cada ítem para las puntuaciones directas (PD) de las 12 escalas, y su posterior división entre la cantidad de ítems que constituyen cada escala se obtiene los percentiles (PC) de acuerdo con los baremos género y población de referencia (Ferreira y Calderón, 2022). La fiabilidad entre las escalas clínicas es alta con un alfa de Cronbach entre 0.82 y 0.90, en cuanto a la validez factorial y de criterio es adecuada (Abuín y De Rivera, 2014).

- **Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ-G):** se aplicó en la tercera sesión, es un cuestionario autoadministrado de 45 ítems con una escala tipo Likert de siete opciones de respuesta que oscilan entre 1 “totalmente en desacuerdo” a 7 “totalmente de acuerdo”, tiene como finalidad evaluar en el momento presente o en los últimos siete días el deseo de consumir cocaína, intención y planificación del consumo de cocaína (Becoña Iglesias et al., 2011); el instrumento ha mostrado una adecuada consistencia interna con un $\alpha=.87$ y un modelo de tres factores (Marín-Navarrete et al., 2011).
- **Escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island (URICA):** instrumento administrado en la cuarta sesión, cuyo propósito es evaluar el grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio en población adulta mediante los 32 ítems que componen la escala total, 8 ítems conforman cada subescala: precontemplación (PC), contemplación (C), acción (A) y mantenimiento (M); las respuestas tienen un formato Likert de 5 puntos, de 1 “Totalmente en desacuerdo” a 5 “Totalmente de acuerdo”. Para obtener el puntaje directo por cada subescala se suman los enunciados correspondientes:

precontemplación (1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31), contemplación (2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24), acción (3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30) y mantenimiento (6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32); además, se puede combinar aritméticamente los resultados ($C + A + M - PC$) para entregar la puntuación de la disposición al cambio; el instrumento presenta una consistencia interna aceptable puesto que el Alpha Cronbach es de 0.81, además la validez de constructo es adecuada debido a el valor de la estadística KMO es 0.676 (Vallejos Flores et al., 2007).

- **Cuestionario de Personalidad SEAPSI:** reactivo psicológico aplicado en la cuarta sesión, cuyo objetivo es identificar rasgos predominantes de personalidad, conformado por 100 ítems con respuestas dicotómicas, divididos en 10 tipos de personalidad con predominio afectivo (histriónica o ciclotímica), predominio cognitivo (paranoide o anancástica), predominio comportamental (impulsivo o disocial) y déficit relacional (esquizoide, dependiente, evitativa, esquizotípica). El rasgo de personalidad predominante se determina por el puntaje más alto obtenido a partir de la sumatoria de los ítems marcados en cada subescala. En cuanto a las propiedades psicométricas son adecuadas a la población ecuatoriana, con una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.75 (Arteaga Rodríguez et al., 2018).
- **Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11):** administrado en la cuarta sesión, es un cuestionario que tiene como finalidad evaluar la impulsividad en sus tres subescalas: cognitiva, motora y no planeada; contiene 30 ítems con cuatro opciones de respuesta: “Raramente o Nunca”, “Ocasionalmente”, “A menudo”, “Siempre o casi siempre” que puntúan como 0-1-3-4, a excepción de los ítems (1,5,6,7,8,10,11,13,17,19,22 y 23) que lo hacen de manera inversa (4-3-1-0), es así que la puntuación total se determina por la sumatoria de los puntos alcanzados en todos los ítems, oscilando entre 0 y 120; con respecto a su fiabilidad es aceptable con un alfa de Cronbach de 0,70 (Barbosa Urrego et al., 2017).

A continuación, en la **Tabla 2** se detallan los resultados obtenidos por N.N en cada uno de los reactivos psicológicos:

Tabla 2

Resultados de la aplicación de Reactivos psicológicos

| Instrumentos | Resultado Cuantitativo | Interpretación |
|--|--|--|
| OMS-ASSIST V3.1 (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) | -Tabaco: 18 puntos -Cocaína: 17 puntos -Bebidas Alcohólicas: 6 puntos | Tabaco y cocaína: aparentemente necesita recibir intervención breve, además N.N corre un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de tabaco y cocaína. Bebidas alcohólicas: aparentemente no requiere intervención y corre un riesgo bajo de tener problemas de salud y otros problemas debido a sus hábitos actuales de consumo de alcohol. |
| Mini Examen del Estado Mental (MMSE) | Puntuación total: 28 -Orientación Temporal: 5/5 -Orientación Espacial: 5/5 -Fijación: 3/3 -Atención y Cálculo 4/5 -Memoria: 2/3 -Nominación: 2/2 -Repetición: 1/1 -Comprensión : 3/3 -Lectura: 1/1 -Escritura: 1/1 -Dibujo: 1/1 | Sin deterioro cognitivo. |
| Listado de Síntomas Breves (LSB-50) | Escalas de validez -Minimización: percentil 50 -Magnificación: percentil 10 Índices Generales -Índice global de severidad: percentil 30 -Número de síntomas presentes: percentil 30 | En cuanto a la validez de los resultados se considera que existe una leve minimización de frecuencia o intensidad de los síntomas, así mismo los índices generales no son superiores al percentil 95 lo que indica un leve percentil 30 |

-Índice de intensidad de malestar psíquico y síntomas presentes: percentil 40 psicossomático.

Escalas Clínicas

-Psicorreactividad: percentil 10

-Hipersensibilidad: percentil 30

-Obsesión-Compulsión: percentil 15

-Ansiedad: percentil 30

-Hostilidad: percentil 60

-Somatización: percentil 75

-Depresión: percentil 35

-Alteraciones del sueño: percentil 65

-Alteraciones del sueño ampliada: percentil 70

Índice de riesgo psicopatológico: percentil 35

Por otro lado, existe mayor prevalencia de la siguiente sintomatología:

Somatización: existe presencia de malestar somático o corporal ya sea por una somatización psicológica o una patología médica.

Alteraciones del sueño en general y ampliada: existe la presencia de alteraciones del sueño desde el punto de vista de la salud y del bienestar.

Hostilidad: N.N. presenta reacciones de pérdida de control emocional con presencia de agresividad, ira, rabia o resentimiento.

Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ-G) Puntuación total: 117

Escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island (URICA) Puntuación total: 88
 -Pre-contemplación: 16
 -Contemplación: 34
 -Acción: 35
 -Mantención: 35

Usuario presenta una moderada intensidad de craving de cocaína.

La puntuación total indica un nivel alto de motivación al cambio, es decir, que el usuario se encuentra entre la fase de acción y mantención.

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) Puntuación total: 52

-No planeada: 27
 -Cognitiva: 17
 -Motora: 8

La puntuación total indica que el paciente esta ligeramente por encima de la media en cuanto a este constructo de impulsividad.

-No planeada: vive para el momento o es incapaz para planear acciones futuras, aparentemente el usuario se

Cuestionario de Personalidades afectivas

Personalidad SEAPSI

-Histriónica: 5/10

-Ciclotímica: 3/10

Personalidades cognitivas

-Anancástica: 6/10

-Paranoide: 2/10

Personalidades

comportamentales

-Inestable: 1/10

-Disocial: 2/10

Personalidades con déficit en la relación

-Evitativa: 1/10

-Dependiente: 4/10

-Esquizoide: 3/10

-Esquizotípica: 2/10

caracteriza por este tipo de impulsividad.

-Cognitiva: el usuario presenta una propensión a tomar decisiones rápidas manifestado por la incapacidad de concentrarse ante las actividades cotidianas

-Motora: el usuario en ocasiones actúa sin pensar.

El usuario presenta rasgos predominantes de personalidad anancástica correspondiente a personalidades cognitivas, lo que indica que N.N. tiende a la búsqueda de perfección, preocupación por detalles, orden, organización, reglas impuestas así mismo, tendencia a la indecisión, además, presenta rasgos de personalidad histriónicos y dependientes.

Nota. Se detallan los resultados cuantitativos con su respectiva interpretación de las pruebas psicológicas aplicadas.

Con respecto a los resultados más relevantes se puede destacar que el paciente mantiene hábitos de consumo de base de cocaína y tabaco con nivel de riesgo moderado necesitando recibir intervención breve, asimismo, presenta una intensidad moderada de deseo de consumo; reporta sintomatología somática, que puede estar asociada a la abstinencia por el cese de ingesta, también se identifica altos niveles de hostilidad lo que indica que N.N suele tener pérdida de control de ira y agresividad, relacionada a la presencia

de impulsividad cognitiva y motora, sin embargo, un aspecto positivo es el alto nivel de predisposición al cambio en la que se ubica sobre todo al consumo de base de cocaína.

1.3. Proceso diagnóstico

Una vez finalizada la evaluación psicológica se prosigue con el diagnóstico, proceso en el que a partir de la información obtenida y mediante la aplicación de instrumentos busca identificar y comprender el problema a través de un análisis riguroso de los signos y síntomas presentados, además, de tomar en cuenta los criterios diagnósticos establecidos en los manuales internacionales, esto permite desarrollar un plan terapéutico adecuado en base a las necesidades detectadas en el paciente (Moreno Rosset y Antequera Jurado, 2020). En el caso de N.N se empleó los criterios diagnósticos de la décima edición del Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000).

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo o también conocido como provisional se refiere a una o varias hipótesis diagnósticas preliminares sobre el problema mental del paciente que suelen estar sustentadas teóricamente y están relacionadas con la anamnesis global, pero no existe información suficiente para definirlo como un diagnóstico final (Moreno Rosset y Ramírez Uclés, 2019). En el caso de N.N se ha considerado los siguientes diagnósticos presuntivos:

- F19. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas.
- F14.1 Consumo perjudicial de cocaína.
- F14.3 Síndrome de abstinencia por consumo de cocaína, no complicado.
- Z72.0 Problemas relacionados al consumo de tabaco.
- F14.21 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína. Síndrome de dependencia en la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido.
- F17.1 Consumo perjudicial de tabaco.

1.3.2 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se refiere al descarte de posibles trastornos en los que existe criterios similares en base a la sintomatología física como psicológica del individuo (De la Serna, 2018). A continuación, en las siguientes tablas se detalla los criterios ausentes y presentes de las hipótesis diagnósticas del presente caso; además, las razones por las cuales se descartan:

- **F19. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas.**

Se consideró este posible trastorno, puesto que existe la ingesta de dos sustancias: base de cocaína y tabaco, lo cual se corroboró en la prueba de detección de sustancias OMS-ASSIST V3.1, sin embargo, en el presente caso se descarta este diagnóstico (**ver Tabla 3**) debido a que la sustancia con mayor implicación y consecuencias tanto a nivel interpersonal como legal es la pasta base de cocaína, la misma que genera signos de abstinencia cuando N.N. se restringe de la sustancia, además, emplea mucho tiempo en adquirir y consumir base de cocaína a pesar de conocer los efectos perjudiciales, lo cual no se identifica con el tabaco.

Tabla 3

Criterios ausentes y presentes de N.N para Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas

| Hipótesis Diagnóstica | Criterios Presentes | Criterios Ausentes |
|--|--|---|
| F19. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas. | No cumple con ningún criterio, puesto que, la sustancia con mayor implicación en el ámbito personal, social y laboral es la base de cocaína. | Esta categoría debe utilizarse cuando se sabe que dos o más sustancias están implicadas, pero es imposible valorar cuál de ellas está contribuyendo más al trastorno. También debe utilizarse cuando alguna, o incluso todas las sustancias psicoactivas consumidas, es incierta o desconocida. A menudo, los propios consumidores de múltiples drogas no |

conocen con detalle qué están ingiriendo.

Nota. Adaptado de OMS (2000)

- **F14.1 Consumo perjudicial de cocaína**

Se toma en cuenta el consumo perjudicial de cocaína debido al patrón de consumo de N.N donde la ingesta de base de cocaína ha persistido varias veces en un período de doce meses, aumentando cantidad y frecuencia; además, ha presentado alteraciones comportamentales como agresividad con otros, ocasionándole problemas en las relaciones interpersonales e involucrándose en actos delictivos, lo que indica el cumplimiento de los criterios A y C (**ver Tabla 4**), asimismo se identifica la naturaleza del daño, no obstante, se descarta puesto que presenta signos de síndrome de dependencia como: déficit en el control de frecuencia y cantidad de ingesta, deseos intensos de consumo, cuadro fisiológico de abstinencia, mantiene el hábito de consumir a pesar de conocer las consecuencias perjudiciales. Por lo antes mencionado y de acuerdo a la CIE-10 acerca de que no debe cumplir criterios de otro trastorno mental o del comportamiento relacionado a la misma sustancia en varias veces en un periodo de 12 meses se reafirma el descarte de esta hipótesis diagnóstica.

Tabla 4

Criterios ausentes y presentes de N.N. para Consumo Perjudicial de Cocaína

| Hipótesis Diagnóstica | Criterios Presentes | Criterios Ausentes |
|---|---|---|
| F14.1 Consumo Perjudicial de Cocaína | A. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento, que podrían llevar a discapacidad o tener | D. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo período de tiempo (excepto para la intoxicación aguda F1x.O). |

consecuencias para las relaciones interpersonales.

B. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada).

C. La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de doce meses.

Nota. Adaptado de OMS (2000)

- **F14.3 Síndrome de abstinencia por consumo de cocaína, no complicado**

Se considera este supuesto diagnóstico al conocer que existe el cese de ingesta de base de cocaína al encontrarse N.N institucionalizado, en consecuencia presenta sintomatología psicofisiológica provocada por la interrupción de consumo manifestada en anhedonia al dejar de sentir placer con sus hobbies favoritos (jugar fútbol, ver contenido relacionado a competencias automovilísticas), fatiga al sentirse algunos días sin energía, leve agitación psicomotora evidenciada en movimientos hiperactivos de extremidades inferiores, deseo imperioso comprobado con el CCQ-G y aumento de apetito que actualmente se encuentra controlado pero el paciente tiende a reemplazar el hábito de consumo por atracones de comida, además se considera el síndrome de abstinencia por consumo de cocaína no complicado al no presentar convulsiones; si bien es cierto cumple con la mayoría de criterios como se muestra en la **Tabla 5**, pero se descarta al presentar criterios enmarcados en el síndrome de dependencia que incluye un cuadro clínico de abstinencia.

Tabla 5

Criterios ausentes y presentes de N.N. para Síndrome de abstinencia por consumo de cocaína, no complicado

| Hipótesis Diagnóstica | Criterios Presentes | Criterios Ausentes |
|------------------------------|----------------------------|---------------------------|
|------------------------------|----------------------------|---------------------------|

| | | |
|--|--|--|
| F14.3 Síndrome de abstinencia por consumo de cocaína, no complicado | <p>G1. Debe haber pruebas claras de un cese o reducción del consumo de la sustancia después de un repetido, y habitualmente prolongado y/o a altas dosis de consumo de dicha sustancia.</p> <p>G2. Los síntomas y signos son compatibles con las características conocidas del síndrome de abstinencia de una sustancia o sustancias concretas:</p> <p>A. Cumplir con criterios generales.</p> <p>B. Hay un humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia).</p> <p>C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes (fatiga, agitación psicomotriz, deseo imperioso de cocaína y aumento del apetito).</p> <p><i>Flx.30</i> No complicado.</p> | <p>G3. Los síntomas y signos no se justifican por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni tampoco por otro trastorno mental o del comportamiento.</p> <p><i>Flx.31</i> Con convulsión.</p> |
|--|--|--|

Nota. Fuente OMS (2000)

- **Z72.0 Problemas relacionados al consumo de tabaco**

Se considera este diagnóstico presuntivo ya que N.N consume tabaco, pero al tener normalizado no es consciente de las consecuencias, siempre manifiesta no generarle ningún conflicto a nivel personal, laboral y social; no obstante, al no cumplir con todos los aspectos detallados en la **Tabla 6**, se descarta puesto que los hábitos de consumo son persistentes y existe aumento de dosis (una a dos cajetillas diarias), además se identifica sintomatología somática como presencia de tos e hipertensión, lo cual puede estar asociada con el patrón de consumo de tabaco.

Tabla 6

Criterios ausentes y presentes de N.N para problemas relacionados al consumo de tabaco

| Hipótesis Diagnóstica | Criterios Presentes | Criterios Ausentes |
|------------------------------|----------------------------|---------------------------|
|------------------------------|----------------------------|---------------------------|

| | | |
|--|--|---|
| Z72.0 Problemas relacionados al consumo de tabaco | Ningún criterio se cumple al presentar sintomatología del consumo perjudicial de tabaco. | A. Consumo eventual y no constante de la sustancia. B. No existe aumento de dosis. C. No se padecen trastornos físicos o psicológicos relevantes cuando se adquiere la sustancia. |
|--|--|---|

Nota. Adaptado de OMS (2000) y Trujillo Segre (2019)

1.3.3. Diagnóstico definitivo

Es la etapa en donde se determina la hipótesis diagnóstica que mejor se acople a la sintomatología cognitiva, conductual, emocional y física del consultante, además de la etiología y factores relacionados al problema presente, tomando en cuenta los datos recogidos mediante los instrumentos de evaluación que contribuyen al descarte de los diagnósticos diferenciales (Paz Guerra y Peña Herrera, 2021). Por lo tanto, se concluye que N.N. presenta un diagnóstico definitivo de F14.21 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína. Síndrome de dependencia en la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido y F17.1 Consumo perjudicial de tabaco. En las siguientes tablas se describen los criterios detallados que el paciente cumple para los diagnósticos antes señalados:

Tabla 7

Sintomatología presente de N.N. para Síndrome de dependencia de cocaína en la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido

| Diagnóstico definitivo | Criterios Presentes | Sintomatología de N.N. |
|---|--|--|
| F14.21 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína. Síndrome de dependencia en la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido. | A. Presencia simultánea de tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses: A1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia. | El consumo de N.N persiste en un período de doce meses, además las manifestaciones se presentan en conjunto. Presenta un nivel moderado de craving. |

| | |
|--|---|
| <p>A2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende.</p> | <p>El consumo es frecuente y existe el aumento de dosis de base de cocaína.</p> |
| <p>A3. Un cuadro fisiológico de abstinencia (ver F1x.3 y F1x.4) cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia.</p> | <p>Presenta fatiga, leve agitación psicomotriz, craving, aumento de apetito.</p> |
| <p>A5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.</p> | <p>N.N se encuentra desempleado y destina tiempo significativo al consumo con amistades.</p> |
| <p>A6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales (ver F1x.1), que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.</p> | <p>N.N es consciente de los problemas interpersonales provocados por la ingesta de la sustancia, a pesar de ello continua la ingesta.</p> |
| <p>F1x.21 En la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido (por ejemplo, hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).</p> | <p>N. N al momento de intervenir se encuentra institucionalizado en un centro de rehabilitación.</p> |

Nota. Adaptado de OMS (2000)

En efecto, los criterios cumplidos por N.N detallados en la **Tabla 7**, reafirman este diagnóstico definitivo debido a la presencia de deseos intensos de ingerir base de cocaína,

déficit en el control de frecuencia y cantidad de la sustancia, presenta abstinencia frente al cese de consumo (fatiga, leve agitación psicomotriz, craving, aumento de apetito), emplea mucho tiempo para adquirir e ingerir la sustancia buscando su círculo de amigos y expareja sentimental para consumir, la ingesta persistente a pesar de conocer las consecuencias perjudiciales a nivel interpersonal varias veces en un periodo de doce meses, además, se atribuye el especificador de medio protegido ya que N.N se encuentra institucionalizado en un centro de rehabilitación de consumo problemático de sustancias psicoactivas.

De igual manera, se considera el consumo perjudicial de tabaco al cumplir cada uno de los criterios explicitados a continuación:

Tabla 8

Sintomatología presente de N.N. para Consumo perjudicial de tabaco.

| Diagnóstico definitivo | Criterios Presentes | Sintomatología del Paciente |
|--|--|--|
| F17.1 Consumo perjudicial de Tabaco | <p>A. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento, que podrían llevar a discapacidad o tener consecuencias para las relaciones interpersonales.</p> <p>B. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada).</p> <p>C. La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de doce meses.</p> <p>D. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el</p> | <p>Se conoce que ha presentado daños físicos (tos, hipertensión, cefaleas), además irritabilidad manifestada en agresividad hacia otros y considera normal el consumo.</p> <p>La naturaleza es física.</p> <p>El patrón de consumo persistía entre una a dos cajetillas diarias en un período de doce meses.</p> |

mismo período de tiempo (excepto
para la intoxicación aguda F1x.O)

Nota. Adaptado de OMS (2000)

Como se especifica en la **Tabla 8**, N.N. cumple con los criterios para consumo perjudicial de tabaco, al presentar consecuencias en su salud manifestado por hipertensión, tos constante, cefaleas , a pesar de que el usuario no los percibe como efectos de la ingesta, pero el consumo sí contribuye a presentar la sintomatología somática, así mismo el patrón de consumo ha persistido durante 36 años conservando la dosis (una a dos cajetillas diarias) y no cumple con criterios de otros trastornos relacionados, por ende se adjudica este diagnóstico en conjunto con el síndrome de dependencia de cocaína.

Capítulo dos

Metodología

2.1. Tratamiento/Intervención

El tratamiento psicológico del presente caso se desarrolló desde el enfoque cognitivo-conductual en 9 sesiones con una duración aproximada de 50 minutos mediante modalidad presencial.

2.1.1 Objetivos terapéuticos

- Alcanzar la deshabitación psicológica de los estímulos que precipitan al consumo de sustancias en el paciente.
- Mejorar el control de impulsos relacionados al consumo de drogas y el manejo de la ira.
- Potenciar las habilidades de afrontamiento y cambios positivos en la vida del paciente.
- Brindar estrategias para el manejo del craving y prevención de recaída con la finalidad de mantener la abstinencia.

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

A continuación, en la **Tabla 9** se describe cada sesión con su respectivo objetivo y técnicas del plan terapéutico implementado en el caso de N.N.

Tabla 9

Plan de Tratamiento/Intervención

| Sesión | Objetivos | Técnica | Observación |
|--------|--|---|--|
| 1 | -Incrementar los conocimientos acerca de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de tabaco y cocaína. -Motivar al cambio y adherencia al tratamiento. -Desarrollar mejores formas de afrontar la ansiedad. | -Psicoeducación sobre consecuencias a corto y largo plazo sobre el consumo de tabaco y cocaína. -Entrevista motivacional (balance decisional). -Respiración profunda. | Tarea: Aplicar la técnica respiración profunda al momento de levantarse y acostarse. |

| | | | |
|----------|--|--|---|
| 2 | -Identificar las distorsiones cognitivas sobre el consumo de sustancias. -Debatir y modificar distorsiones cognitivas sobre el consumo de sustancias. | -Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas y la relación entre pensamiento-emoción-conducta. -Reestructuración cognitiva mediante diálogo Socrático y técnica de análisis de ventajas y desventajas. | Tarea: Registro diario de pensamientos. |
| 3 | -Mejorar el control de impulsos relacionados al consumo de drogas. -Desarrollar estrategias para el manejo de la ira. | -Psicoeducación sobre los impulsos y la emoción de la ira. -Parada del pensamiento. -Auto instrucciones. | Tarea: lista de personas a las que pueda acudir ante situaciones difíciles. |
| 4 | -Fomentar la búsqueda de redes de apoyo social. -Aumentar las habilidades de toma de decisiones y resolución de problemas. | -Búsqueda de apoyo social. -Entrenamiento en resolución de problemas. | |
| 5 | -Potenciar las habilidades de comunicación asertiva para mejorar las relaciones interpersonales y rechazar situaciones que conllevan al consumo de drogas. | -Psicoeducación sobre asertividad, reacciones pasivas y agresivas, pautas para realizar peticiones. - Técnica del banco de niebla y técnica del disco rayado mediante roleplaying. | |
| 6 | -Desarrollar herramientas para el manejo del craving. | -Respiración diafragmática. -Sensibilización encubierta. | Tarea: Aplicar respiración diafragmática al acostarse y levantarse; además, aplicar sensibilización encubierta en momentos de deseo de consumo. |
| 7 | -Brindar estrategias de prevención de recaída con la finalidad de mantener la abstinencia. | -Psicoeducación sobre recaída y caída. -Detección de situaciones de alto riesgo. -Roleplaying: situaciones de alto riesgo y aplicación de técnicas aprendidas. | Tarea: Completar proyecto de vida a excepción de la misión y visión. |

| | | |
|---|--|--|
| 8 | -Planear una vida futura sin el consumo de sustancias. | -Proyecto de vida: análisis FODA, autorretrato, metas a corto, mediano y a largo plazo, misión y visión. |
| 9 | -Evaluar indicadores post-tratamiento. -Mantener la abstinencia mediante estrategias de prevención de recaídas. | -Aplicación de tests psicológicos: LSB-50, Impulsividad, URICA, CCQ-N. -Tarjetas flash con alternativas a emplear en situaciones de riesgo. -Cierre terapéutico. |

Nota. En la tabla se detalla el plan terapéutico aplicado a N.N.

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

- **Sesión 1**

Durante esta sesión se aplicó tres técnicas: las dos primeras fueron aplicadas por la coterapeuta (psicoeducación y balance decisional) y la última por el terapeuta (respiración profunda), finalmente se envió una tarea para la próxima sesión. A continuación, se describen las técnicas:

- **Psicoeducación:** es el proceso de educación, información o reflexión que se transmite a la persona que presenta alguna psicopatología o malestar emocional, con la finalidad que el paciente entienda y sea capaz de afrontar la sintomatología o consecuencias (Tena-Hernández, 2020). En este caso se brindó información acerca de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de las sustancias (tabaco y cocaína), con el apoyo de material visual que contenía ideas principales e imágenes; esta técnica permitió que el paciente comprenda la temática y surja interés y curiosidad al comentar que ha visto amistades con algunos problemas médicos y que él ha experimentado algunas consecuencias como presentar pigmentación en las uñas debido al tabaco, sentirse lleno de energía al consumir cocaína y pasado el efecto sentirse cansado y triste. Además, se informó sobre algunos mitos relacionados a la ingesta de tabaco y cocaína, en donde se

pudo identificar la distorsión “cuando se deja de fumar se pasa muy mal, por eso es peor dejarlo”.

- **Balance decisional:** consiste en establecer los pros (ventajas) y contras (desventajas) en la toma de decisiones para realizar una determinada conducta (Almaraz Castruita y Alonso Castillo, 2018; Reyes Cabrera et al., 2020). En esta sesión se entrega una hoja con cuatro casilleros donde se deben plasmar las ventajas y desventajas de continuar con el consumo, así como los pros y contras de mantener la abstinencia, por ende, se le solicita a N.N que piense en los beneficios y las pérdidas que estaban asociadas a su ingesta de sustancias, luego de ello se analiza los planteamientos propuestos por el usuario, de manera que sea consciente de las consecuencias de cada una de sus elecciones, permitiéndole determinar cuál es la opción más lógica y de menor costo para él y su entorno; en el análisis de los pros y contras se identificó que durante el consumo de sustancias mantenía la distorsión cognitiva “consumir me ayudaba a pasar el tiempo y estar con mis amigas”, también se evidenció conciencia de la ingesta al establecer más desventajas durante la conducta problema y más ventajas al permanecer en recuperación.
- **Respiración Profunda:** tiene como objetivo lograr un patrón de respiración fisiológicamente apropiado que resulta adecuado para disminuir el nivel de activación general, se realiza en una posición cómoda, luego se inhala aire suavemente por la nariz durante 5 segundos, llenando los pulmones y expandiendo el estómago, seguidamente se retiene el aire en 2-3 segundos y se exhala lentamente por la boca durante 4-5 segundos hasta vaciar completamente los pulmones, este ciclo se repite 5 veces, seguido de un descanso, y posterior a ello se realizan otros 5 ciclos de inspiración y aspiración (Díaz et al., 2017). La aplicación fue guiada por el terapeuta, quien inició con una breve exposición de la importancia de convertir la respiración en un proceso consciente, posteriormente demuestra y explica los pasos de la técnica, logrando realizar 3 repeticiones del ciclo; N.N se muestra interesado, en el transcurso de la técnica no se

suscitó ningún inconveniente, igualmente pudo aplicarla solo y percibió una sensación de alivio al culminar cada repetición.

Como tarea se envió la aplicación de la técnica respiración profunda al momento de levantarse y acostarse, con la finalidad de volver el proceso consiente y pueda emplearlo en momentos de ansiedad.

Finalmente, en esta sesión N.N. manifestó haber tenido la oportunidad de huir de la institución, sin embargo, no lo hizo puesto que pensó en los usuarios de nuevo ingreso y en su proceso de rehabilitación, hecho que denotó autocontrol, empatía y disposición al cambio, por ende, se le felicitó y rescató su acción de control de sí mismo.

- **Sesión 2**

En esta sesión se aplicó dos técnicas, las cuales fueron desarrolladas por la coterapeuta:

- **Psicoeducación:** la temática abordada fue sobre distorsiones cognitivas (definición y características), y la relación entre pensamiento-emoción-conducta (ejemplos cotidianos y relacionados al consumo); se tenía conocimiento de que este tema fue trabajado previamente en terapia grupal, por ende, se consultó al usuario lo que recuerda del mismo, no obstante mencionó no recordarlo bien, por ende, se retroalimentó sobre el tema y se le indicó con ejemplos la relación pensamiento-emoción-conducta, en donde se denotó comprensión por parte del paciente.
- **Reestructuración Cognitiva:** esta técnica tiene como finalidad identificar patrones de pensamientos negativos o poco realistas del paciente para cuestionarlos y reemplazarlos por pensamientos más positivos y realistas (Rodríguez Morejón, 2019). En este caso se inició trabajando con el pensamiento “consumir me ayudaba pasar el rato” (identificado en la sesión 1) mediante el diálogo socrático, técnica que consiste en generar conciencia en el cliente y permitirle comprender que su forma de interpretar los eventos es la causa del problema, al mismo tiempo que se le brinda apoyo para desarrollar una nueva filosofía más lógica (Rodríguez Morejón, 2019), es así que N.N. mediante preguntas realizadas

por la coterapeuta llegó a la conclusión que puede optar por otras actividades para ocupar su tiempo, así mismo se trabajó con el pensamiento desencadenado por el egreso de un compañero “porque sigo yo aquí y mi amigo solo estuvo dos meses”, el usuario logró plantear un pensamiento alternativo “mi amigo ya no tenía la posibilidad de pagar por eso se fue, y veo como oportunidad quedarme para mi rehabilitación”.

Así mismo, se empleó la técnica de análisis de ventajas y desventajas, cuyo procedimiento implica listar y reconsiderar los beneficios y perjuicios asociados al consumo de sustancias adictivas (Beck et al., 2019). Esta técnica es similar al balance decisional, sin embargo, se enfoca en las distorsiones identificadas en la sesión 1, de modo que se empleó el diálogo socrático, por lo tanto, se abordó el pensamiento “Me ayudaban a pasar el tiempo”, donde se identificó más desventajas que ventajas al mantener la distorsión, luego se procedió a darle una explicación alternativa, logrando que N.N identifique y modifique los pensamientos negativos en pensamientos más racionales.

Previo al envío de tarea el paciente comenta haber discutido con uno de los usuarios, debido a que recibió un comentario brusco relacionado a no poder permanecer antes de la hora acordada en el espacio donde se realizan las terapias grupales, sin embargo, N.N refiere estar acostumbrado a llegar minutos antes de la hora, generándole enojo que alguien menor a él se lo diga, respondiendo de manera impulsiva y con intención de agredir al compañero, no obstante, el psicólogo de la institución lo detuvo verbalizando “recuerda la impulsividad”, por lo que N.N. se calmó y se retiró para evitar alguna disputa.

Finalmente, se envía como tarea completar el autorregistro de pensamientos, el cual se compone de 5 columnas (situación, pensamientos automáticos, emociones, respuesta emocional, resultado) (Beck et al., 2019), tomando como ejemplo el enfrentamiento con uno de sus compañeros.

- **Sesión 3**

Se inicia con la revisión del autorregistro brindando la respectiva retroalimentación, posteriormente se emplea tres técnicas, dos abordadas por la coterapeuta y una por el terapeuta, al culminar la sesión se envía una tarea.

- **Psicoeducación:** la coterapeuta explica acerca de la impulsividad y la emoción de la ira con ayuda de material audiovisual, además se relaciona el tema con las experiencias de N.N; se denota interés del paciente al comparar situaciones propias con lo detallado y realiza varias preguntas.
- **Parada del pensamiento:** técnica explicada por el terapeuta, cuyo propósito es interrumpir y modificar los pensamientos relacionados al problema del usuario, de manera que se entrena al usuario para que detenga los pensamientos indeseados, antes incluso de que se formulen (Díaz et al., 2017; González Salazar, 2009). Los pasos consisten en: discutir y enlistar pensamientos disfuncionales desencadenantes del malestar, luego se solicita cerrar los ojos, verbalizar una serie de pensamientos negativos, mientras el paciente está inmerso, el terapeuta interrumpe con un grito (“Alto”), luego de ello se demuestra cómo se detuvieron los pensamientos y se solicita realizar varias repeticiones (Díaz et al., 2017).

En este caso el terapeuta inicia con un preámbulo sobre la técnica, puesto que se había indicado en una terapia grupal, sin embargo, el usuario no la recuerda, por lo que se vuelve a brindar las indicaciones (mencionadas en el párrafo anterior), luego se repasa con ayuda de imaginación guiada sobre la disputa violenta acontecida en el primer centro, además N.N. personalizó la palabra “alto”, añadiendo un golpe leve en sus piernas, por otro lado preguntó si sería útil aplicarla cuando manifiesta craving, hecho que indica interés en la misma.

- **Auto instrucciones:** técnica implementada por la coterapeuta, cuyo propósito es regular el diálogo interno, es decir enseñar al paciente a formular instrucciones adaptativas y autodirigidas que se las puede emplear en momentos de dificultad, por ende, se formula

las auto instrucciones adecuadas, posterior se solicita que las repita con la finalidad de que las internalice y las utilice de manera automática cuando se enfrente a situaciones estresantes (Díaz et al., 2017); en este caso se las aplica en una situación imaginada acerca del consumo, donde N.N. planteó sus auto instrucciones (“No quiero, no me ofrezcas”, “yo ya no consumo”, “no puedes aceptarlo N.N”), realizando 5 repeticiones, luego se le recalcó la importancia sobre el diálogo interno, además cómo influye sobre los sentimientos y la conducta.

Para finalizar la sesión se prosigue con la explicación de la tarea que se socializará en la siguiente sesión, la cual consiste en desarrollar una lista de las personas que puede contar con el apoyo dentro y fuera de la institución (se le brinda material).

- **Sesión 4**

Durante esta sesión se empieza consultando lo abordado en la sesión previa, es así como N.N refiere que aplicó la técnica de parada de pensamiento, posterior se desarrolla la revisión de la lista de personas allegadas a él, a partir de ello se aplican dos técnicas guiadas por la coterapeuta, al final se envía una tarea.

- **Búsqueda de apoyo social:** esta técnica busca identificar con qué personas puede contar el usuario en situaciones agradables y desagradables con la finalidad de generar redes de apoyo no asociadas al consumo problemático de sustancias (Becoña Iglesias, 2016). Se utilizó la dinámica “el círculo de mis vínculos” cuyo propósito es identificar las relaciones con las personas de su entorno, por ende, se pide colocar en la hoja con círculos según el grado de confianza a las personas que considere cercanas en el centro, y a las personas distantes en los círculos exteriores con la finalidad de reflexionar que vínculos desearía reforzar y que estrategias implementaría para lograrlo (Martínez Ávila, 2022). En consecuencia, N.N clasifica los nombres y parentesco enlistados en la tarea dentro de los círculos según el grado de confianza hacia esas personas, seguido se determina que las personas más significativas para N.N. son su madre e hija, y las personas menos cercanas son una amiga y un tío, también, se indaga a quién desearía acercarse, mencionando que le gustaría relacionarse

más con su amiga y tío, posteriormente se propone estrategias para desarrollarlo, siendo una de ellas realizar llamadas y visitas constantes.

- **Entrenamiento en resolución de problemas:** tiene como finalidad entrenar al individuo para que identifique los problemas, planteé posibles soluciones y las implemente en situaciones en la que el problema se presente. La técnica contiene 5 etapas: identificación y descripción precisa del problema, generación de diversas soluciones alternativas, elección de la mejor opción, la implementación y verificación de la solución seleccionada (Becoña Iglesias, 2016; Díaz et al., 2017). En este caso se inicia con la indagación acerca de la manera en cómo N.N. percibe los problemas, si para él son una oportunidad o un fracaso, determinando que los considera como una oportunidad de aprendizaje, es así que se refuerza esta idea y se continúa con la explicación de cada uno de los pasos, se inicia estableciendo como problema principal la situación de comunicarles a su mamá e hija que no quiere regresar a Europa, luego N.N planteó varias alternativas, logrando elegir como mejor opción expresarle lo que desea a su madre cuando regrese al país, además de buscar empleo y poder ser independiente económicamente.

- **Sesión 5**

En este encuentro N.N. previo a la aplicación de las dos técnicas guiadas por la coterapeuta bajo supervisión del terapeuta, refiere que en los últimos días aplicó la parada de pensamiento ante el deseo de consumo.

- **Psicoeducación:** en este caso se brinda información sobre el concepto y características de la asertividad, reacciones pasivas y agresivas, pautas para realizar peticiones con apoyo de material audiovisual y ejemplos relacionados a la experiencia de N.N, así mismo, se pudo identificar comprensión al indagar en cómo realizar una adecuada petición a su madre acerca de quedarse en la ciudad, igualmente brindaba ejemplos asociados a reacciones agresivas experimentadas por el paciente.
- **Disco Rayado mediante role playing:** técnica cuyo objetivo es defender una decisión mediante la repetición serena de la misma frase que reafirme su postura de rechazo sin

caer en engaños o manipulaciones (Farias et al., 2020), además se pone en práctica mediante un role playing que consiste en recrear una situación imaginaria o real mediante actuación de conductas que emplearía en dichas situaciones asumiendo un rol (Díaz et al., 2017). En este caso se explica la finalidad de la técnica “disco rayado”, luego se genera una frase personalizada con el paciente (“no, no quiero”) para rechazar peticiones asociadas al consumo de sustancias, posteriormente se inicia el role playing, en donde N.N. cumple el rol de proveedor de drogas y la coterapeuta como usuario, luego se invierte en donde se indica el empleo de la técnica disco rayado, en el que se identifica comprensión del manejo de esta técnica e interés al referir “está fácil decir varias veces los mismo”.

- **Banco de Niebla mediante role playing:** técnica cuyo objetivo es establecer un punto medio de acuerdo, sin aceptar lo que el interlocutor solicita, lo que da la perspectiva de respeto ante la otra persona (Farias et al., 2020). Con N.N se inicia explicando en que consiste la técnica mediante varios ejemplos asociados a la ingesta de sustancias denotando interés al mantener contacto visual y movimientos de cabeza durante la explicación, por ende se prosigue con el role playing en una situación donde un amigo/a lo invita a consumir, primero el paciente asume el rol del amigo/a y la coterapeuta como N.N, luego se invierte los roles, hubo confusión en la técnica, sin embargo, se retroalimentó y corrigió, a pesar de ello N.N. considera difícil la aplicación de la técnica.

- **Sesión 6**

En la presente sesión se aplicó dos técnicas, una empleada por el terapeuta y la segunda por la coterapeuta, finalmente se envió tarea.

- **Respiración diafragmática:** técnica guiada por el terapeuta que implica un movimiento de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen durante la respiración, donde el diafragma juega un papel activo, los pasos a seguir son: posicionar una mano en la parte superior del pecho y la otra encima del ombligo, luego el terapeuta indica mediante modelado el inhalar, detener y exhalar en cinco tiempos de manera suave, se puede hacer uso de

imaginación (Díaz et al., 2017). En este caso el terapeuta le solicita que se recueste en la camilla y relaje su cuerpo , luego se le solicita imaginar un lugar agradable una vez identificado que este ubicado imaginariamente ahí, se le instruye en la respiración, empleando 5 ciclos, una vez logrado el usuario demuestra buena predisposición y comprensión, además menciona que la técnica de respiración aplicada es más sencilla que la brindada en la primera sesión (respiración profunda) y le permitió un mayor estado de relajación, lo cual favoreció la ejecución de la siguiente técnica sensibilización encubierta.

- **Sensibilización encubierta:** este método consiste en que el individuo se visualice realizando la conducta que desea reducir, seguido por la imaginación de algún evento aversivo contingente y abrupto que podría ocurrir debido a esa conducta, o bien un evento altamente aversivo pero improbable, para llevar a cabo este procedimiento, primero se enseña al cliente cómo relajarse, se explica la lógica detrás del procedimiento y luego se le pide que imagine la conducta que quiere reducir, cuando lo logra, se le pide que cambie inmediatamente esa imagen por la del estímulo aversivo (Díaz et al., 2017). Con N.N. se aplica a partir de la situación desagradable que experimentó en su último consumo, la cual fue que no podía mantenerse en pie, luego se aplicó con una imagen de una posible pérdida de nariz debido a la infección por inhalación de drogas, al preguntarle como se sintió comentó “bien, si entendí”, por ende, se le retroalimenta que comúnmente el consumo de sustancias se asocia con estímulos positivos, pero es importante identificar estímulos negativos y asociarlos con la conducta.

Finalmente, se envió a poner en práctica la respiración diafragmática al acostarse y levantarse; además, aplicar sensibilización encubierta en momentos de deseo de consumo.

- **Sesión 7**

En la presente sesión se recapitula lo trabajado hasta el momento donde el paciente refiere que durante los últimos días aplicó la respiración diafragmática y parada del pensamiento, posterior se indican tres técnicas destinadas a la prevención de recaídas aplicadas por la coterapeuta bajo la supervisión del terapeuta, finalmente se envió tarea.

- **Psicoeducación:** se brinda definiciones sobre caída y recaídas mediante material audiovisual y ejemplos cotidianos, además se afianza lo expuesto con el uso de metáfora “ruta de la vida” relacionada a la comparación de que su rehabilitación es una carretera donde existen subidas que representan logros de mantenerse abstinente, la presencia de baches simbolizan caídas, mientras que las bajadas largas como recaídas, durante la explicación N.N. mostró interés en la temática y brindó ejemplos denotando comprensión.
- **Detección de situaciones de alto riesgo:** estrategia cuyo propósito es identificar situaciones que representen una amenaza para el autocontrol frente al consumo de sustancias, luego de ello busca plantear un plan de acción con la finalidad de prevenir recaídas (Barragán Torres et al., 2014), por ende a N.N. se le explicó que es una “situación de alto riesgo” para poder identificarlas en conjunto con el usuario y posibles pasos para elaborar un plan de acción y afrontarlos, por ello se elige en conjunto con el paciente una situación, la cual es recibir una mala noticia relacionada a la muerte o enfermedad grave de una persona cercana (madre), y las alternativas de afrontamiento sugeridas por N.N. fueron acudir con sus primos, visitar la iglesia, aplicar respiración diafragmática y caminar acompañado, posterior se jerarquiza según el nivel de riesgo las cinco situaciones planteadas.
- **Role playing:** este juego de roles está enfocado en representar imaginariamente las situaciones de alto riesgo planteadas, por ende, se inicia con el evento antes mencionado en la técnica de detección de situaciones de alto riesgo (recibir una mala noticia relacionada a la muerte o enfermedad grave de una persona cercana), con la finalidad de retroalimentar el uso de técnicas enseñadas en sesiones previas, donde se identificó el adecuado empleo del disco rayado, respiración diafragmática y parada del pensamiento.

Al finalizar, se dio una breve orientación sobre el proyecto de vida para que completará unas plantillas con los apartados FODA, metas a corto, mediano y a largo plazo, y autorretrato, a excepción de la misión y visión, que se desarrollará en conjunto con la coterapeuta en la siguiente sesión.

- **Sesión 8**

En el presente encuentro N.N. se mostró distraído, atribuyendo esto a la preocupación por desconocer el estado de su familia desde su ingreso en el centro, especialmente de su madre, una vez dialogada la situación se prosigue con la revisión de tarea, la cual de manera simultánea posibilita formular contestaciones alcanzables a cada apartado con la guía de la coterapeuta.

- **Proyecto de vida:** es una planeación a futuro donde el consultante se propone objetivos y metas para avanzar en su proceso de desarrollo humano (Suárez-Barros et al., 2018), además se usa el FODA que es una herramienta compuesta por cuatro cuadrantes, donde se enlista las principales características del individuo en cada variable (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) (Sánchez Huerta, 2020). Con el paciente se analizó la tarea se corrigió cada uno de los apartados con la finalidad de que las metas sean medibles y reales, al finalizar se desarrolla la misión y visión con ayuda de la coterapeuta.

En este caso N.N reconoce fortalezas como el ser una persona respetuosa, amable, solidaria, tener la oportunidad de rehabilitarse, lo cual una vez logrado va a permitir compartir tiempo con su familia, además identifica sus debilidades (orgullosa, rencorosa, fácil de manipular y mentirosa), también se da cuenta de que reencontrarse con viejas amistades lo ponen en riesgo de consumir sustancias.

Así mismo, se logró identificar que el paciente plantea metas a corto, mediano y largo plazo relacionado a mantenerse abstinente, controlar su impulsividad, conseguir empleo, ser independiente económicamente, apegarse más a la religión católica, entablar una relación más cercana con su hija; por lo tanto, el usuario llegó a la conclusión que su plan de vida se rige por contribuir de manera positiva a su familia convirtiéndose en una persona libre de consumo y con un mejor estilo de vida.

Por consiguiente, el logro detectado en el paciente es poder proyectarse a futuro sin la ingesta de sustancias.

- **Sesión 9**

En esta sesión el usuario se muestra con estado de ánimo positivo, por lo que refiere estar ocupado en otras actividades que le gustan como pintar unos cuadros para las parejas de dos de sus compañeros, por lo que se encuentra motivado a continuar con la creación de pinturas. Posteriormente se realiza la evaluación postratamiento, donde se aplica cinco reactivos psicológicos (LSB-50, CCQ-G, BIS-11, URICA y Escala de satisfacción al tratamiento CRES-4), una vez culminado se realiza el cierre terapéutico con ayuda de tarjetas flash.

- **Tarjetas Flash:** es una herramienta útil para la prevención de recaídas, puede contener pensamientos, emociones, situaciones de riesgo al consumo de sustancias, por ende, se identifica los desencadenantes, posteriormente se coloca estrategias de afrontamiento eficaces y de fácil dominio del usuario (Beck et al., 2019). En conjunto con N.N. se recapitula las situaciones de alto riesgo y el plan de acción por cada una de ellas plasmadas en las tarjetas, en este caso se reflexionó con el paciente dos frases motivacionales posicionadas en el material “aunque nadie pueda volver atrás y comenzar de cero, cualquiera puede comenzar a partir de ahora y llegar a un nuevo final”, “lo mejor de este mundo no es tanto en dónde te encuentres, sino en qué dirección te estás moviendo.”, asimismo se coloca 5 contactos a quien acudiría en caso de que se le dificulte poner en práctica las estrategias propuestas, el usuario mostró interés y agradecimiento al mencionar “estas tarjetas me van a servir, así que las voy a guardar”.

Después de la entrega y explicación de las tarjetas flash, la coterapeuta destaca los avances encontrados en el usuario, motiva mantenerse abstinente, y a comenzar con las metas planteadas en su proyecto de vida, además el terapeuta finaliza agradeciendo la colaboración y si en algún momento siente la necesidad de acudir por alguna situación a terapia individual lo puede hacer, culminando de esta manera el tratamiento.

Capítulo tres

Resultados

En el presente capítulo se explican los resultados tanto cuantitativos como cualitativos obtenidos tras haber finalizado las 9 sesiones terapéuticas en el paciente N.N.

3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Para el proceso de evaluación psicológica (pre-intervención) se emplearon siete reactivos psicológicos, de los cuales solo cuatro se consideraron para evaluar el cambio terapéutico en el paciente (LSB-50, CCQ-G, URICA y BIS-11); adicionalmente, se aplicó la escala de satisfacción al tratamiento (CRES-4), con la finalidad de evaluar la percepción de la eficacia del proceso de intervención. En las siguientes tablas se presentan los hallazgos alcanzados:

Tabla 10

Resultados pretratamiento y post tratamiento del Listado de Síntomas Breves (LSB-50)

| Instrumento | Dimensiones | Pretratamiento | Postratamiento |
|-------------------------------------|---|----------------|----------------|
| | | Percentil | Percentil |
| Listado de Síntomas Breves (LSB-50) | Escalas de validez | | |
| | -Minimización | 50 | 85 |
| | -Magnificación | 10 | 10 |
| | Índices Generales | | |
| | -Índice global de severidad | 30 | 10 |
| | -Número de síntomas presentes | 30 | 10 |
| | -Índice de intensidad de síntomas presentes | 40 | 25 |
| | Escalas Clínicas | | |
| | -Psicorreactividad | 10 | 10 |
| | -Hipersensibilidad | 30 | 30 |
| | -Obsesión-Compulsión | 15 | 15 |
| | -Ansiedad | 30 | 50 |
| | -Hostilidad | 60 | 30 |
| | -Somatización | 75 | 60 |
| | -Depresión | 35 | 10 |
| -Alteraciones del sueño | 65 | 50 | |

| | | |
|---|----|----|
| -Alteraciones del sueño ampliada | 70 | 45 |
| Índice de riesgo psicopatológico | 35 | 50 |

Nota. Se detallan los puntajes con interpretación pretratamiento y post tratamiento

En la **Tabla 10** se muestra los resultados encontrados en el pre-tratamiento y post-tratamiento del LSB-50, mostrando una disminución en el puntaje del índice global de severidad y número de síntomas presentes, ambas subescalas disminuyen 10 puntos (de 30 a 10 percentil) y el índice de intensidad de síntomas pasa de 40 a 25 percentil, indicando un leve malestar psíquico en el usuario; con respecto a la subescala somatización existe una ligera reducción de puntaje de 75 a 65 percentil, lo que indica que aún existe la presencia de síntomas somáticos asociados a la abstinencia pero con menor intensidad, de igual manera, en la subescala hostilidad disminuye significativamente el puntaje de 60 a 30 percentil, lo que señala una menor intensidad de déficit de control de agresividad e ira en comparación al pretratamiento, adicionalmente la sub escala de alteraciones del sueño se reduce el puntaje de 65 a 50 y en alteraciones del sueño ampliado de 70 a 45 puntos, lo que significa que N.N. mantiene las dichas afecciones pero son de menor intensidad considerando que mediante entrevista refiere continuar con las siestas durante la tarde y levantarse de madrugada al baño, lo cual incide en la dificultad para conciliar el sueño .

Por otro lado, se identifica un aumento de puntaje en la subescala de ansiedad de 30 a 50 percentil, lo que indica la presencia de manifestaciones del trastorno de ansiedad generalizada, en este caso puntuó en el ítem “tengo presentimientos de que va a pasar algo malo”, sin embargo, en la entrevista se indagó el motivo, por lo que N.N comentó que era debido a la preocupación por no conocer el estado de su familia, quienes no se han comunicado con el usuario desde su ingreso (aproximadamente 3 meses), a excepción de un primo quien según el usuario solo comenta “que sus familiares están bien”. De igual manera el aumento de puntaje en la subescala ansiedad implica un incremento en el índice de riesgo psicopatológico de 35 a 50, lo que indica que N.N se mantiene dentro de las características para población no patológica.

Tabla 11

Resultados pretratamiento y postratamiento del Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ-G)

| Instrumento | Pretratamiento | Postratamiento |
|---|---------------------------------|----------------------------|
| Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ-G) | Puntaje 117- moderada | Puntaje 75- leve |

Nota. Se describen los resultados pre y postratamiento del CCQ-G

Como se detalla en la **Tabla 11**, N.N muestra una notable mejoría con respecto al craving de base de cocaína, al disminuir de 117 puntos (intensidad moderada) a 75 puntos (intensidad leve), lo cual favorece al cambio de hábito del consumo problemático de sustancias.

Tabla 12

Resultados pretratamiento y postratamiento de la Escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island (URICA)

| Instrumento | Dimensiones | Pretratamiento | Postratamiento |
|---|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Puntaje | Puntaje |
| Escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island (URICA) | <i>-Pre- contemplación</i> | 16 | 12 |
| | <i>-Contemplación</i> | 34 | 33 |
| | <i>-Acción</i> | 35 | 33 |
| | <i>-Mantención</i> | 35 | 29 |
| | Puntuación total | 120 | 107 |

Nota. Se detalla los resultados pretratamiento y postratamiento de URICA

En la **Tabla 12**, se describen los resultados encontrados en el pre-test y post-test de la escala URICA, los cuales reflejan una disminución en el nivel de motivación al cambio debido a la reducción de puntaje total que pasa de 120 a 107, lo cual se le puede atribuir posiblemente al desconocimiento del bienestar de su madre, lo que conlleva a que N.N. perciba poco apoyo por parte de su familia en el postratamiento. A pesar de lo antes mencionado, se mantiene en la etapa de acción, lo cual es evidente al acudir a cada sesión con buena predisposición y colaboración, además es relevante para mantener la abstinencia y emplear las técnicas terapéuticas indicadas.

Tabla 13

Resultados pretratamiento y postratamiento de Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)

| Instrumento | Dimensiones | Pretratamiento | Postratamiento |
|--|-------------------------|----------------|----------------|
| | | Puntaje | Puntaje |
| Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) | <i>-No planeada</i> | 27 | 28 |
| | <i>-Cognitiva</i> | 17 | 9 |
| | <i>-Motora</i> | 8 | 3 |
| | Puntuación total | 52 | 40 |

Nota. Se describen los resultados pretratamiento y postratamiento del BISS-11

En la **Tabla 13**, se detalla los hallazgos del pretratamiento y postratamiento obtenidos en el BIS-11, los cuales reflejan la reducción del puntaje total de 52 puntos (por encima de la media) a 40 puntos (por debajo de la media), lo que denota un mejor control de este constructo, así mismo la puntuación de impulsividad cognitiva disminuyó considerablemente de 17 a 9 puntos y la impulsividad motora de 8 a 3 puntos, lo que indica que una vez finalizado la intervención N.N ya no actúa sin pensar, por ende presenta leve tendencia a tomar decisiones rápidas; sin embargo, se mantiene la impulsividad no planeada lo que señala que el usuario continúa viviendo para el momento o es incapaz para planear acciones futuras.

Adicionalmente, se aplica la Escala de Satisfacción al tratamiento (CRES-4) con la finalidad de conocer la percepción de N.N. acerca de la intervención, de modo que es un reactivo psicológico compuesto por 4 ítems que evalúa la eficacia del tratamiento según el paciente, para el puntaje total se considera una escala de 0 a 300 puntos, donde a mayor puntaje mayor eficacia (Feixas et al., 2012). A continuación, se detallan los resultados (**ver Tabla 14**):

Tabla 14

Resultados de la Escala de Satisfacción al Tratamiento (CRES-4)

| Instrumento | Puntaje | Interpretación |
|---|---|---|
| Escala de Satisfacción al tratamiento (CRES-4) | -Satisfacción: 100 -Solución del problema: 100 -Percepción de cambio emocional: 87,5 Puntaje total: 287,5 | Usuario percibe un alto grado de satisfacción, mayor percepción de solución de problema y alta mejora del estado emocional, por ende, N.N percibe una alta eficacia del tratamiento |

Nota. Se describe los resultados obtenidos en la CRES-4

Como se observa en la **Tabla 14**, en el presente caso el paciente percibe una alta eficacia al tratamiento al obtener 287,5 en la puntuación global, de modo que manifiesta una mayor percepción de solución de problema y satisfacción con 100 puntos, además de una alta mejora del estado emocional con 87,5 puntos, lo cual indica que N.N se siente satisfecho con los resultados y la manera en la que se desarrolló el plan de intervención.

3.2. Análisis de resultados cualitativos

Con respecto al análisis cualitativo, se llevó a cabo una ficha de valoración terapéutica en base a la entrevista y observación con el propósito de contrastar los comportamientos y aspectos que inicialmente estaban afectados en el usuario, con aquellos que se manifestaron después de concluir el tratamiento, detallados a continuación (*ver Tabla 15*):

Tabla 15

Resultados cualitativos del progreso del tratamiento psicoterapéutico

| Conductas y aspectos con alteración inicial | Progreso | | | Observación o Razón |
|---|----------------|----------------|-------------------------|--|
| | No Hubo cambio | Cambio parcial | Hubo cambio o extinción | |
| Leve agitación psicomotriz. | | X | | En la mayor parte de sesiones N.N cesó el movimiento de sus extremidades inferiores, sin embargo, en las dos últimas sesiones se observó nuevamente la conducta tras sentirse preocupado por su familia. |

| | | |
|---|---|---|
| Distorsiones cognitivas. | X | Logró modificar el pensamiento “consumir me ayuda pasar el rato” a “en vez de gastar mi tiempo en consumir pude haber ocupado el tiempo para otras actividades”. |
| Conductas agresivas desencadenadas de la ira. | X | En el transcurso de las sesiones refiere que aplica la respiración diafragmática y parada de pensamiento para evitar responder agresivamente cuando siente ira. |
| Conciencia del consumo perjudicial de tabaco. | X | Hubo cambio parcial al aceptar que el consumo persistente de tabaco trae consigo consecuencias a su salud y el percibir desagradable el olor de tabaco; por ende, N.N manifestó que intentará reducir la ingesta de esta sustancia. |
| Asociación de estímulo verbal (“perica”) con picazón en la nariz. | X | Se evidenció cambio parcial al disminuir la intensidad de la sensación de picazón al emplear la técnica parada del pensamiento. |
| Proyección a futuro. | X | Al formular el proyecto de vida tuvo como propósito ser independiente económicamente y planteó un plan de acción a corto, mediano y largo plazo, dentro del mismo propuso conseguir empleo, lo cual al principio no lo consideraba necesario ya que sus fuentes de ingreso provenían de sus familiares y amistades. |

Nota. Se detallan los hallazgos cualitativos en el postratamiento de N.N.

Como se puede apreciar en la **Tabla 15**, se evidencian cambios significativos en las conductas y aspectos alterados, los cuales se identificaron en el pretratamiento, por ende se logró un progreso relevante en N.N, al evidenciar que se modificaron distorsiones cognitivas relacionadas a la ingesta de sustancias, conseguir un mejor control de ira mediante la aplicación de respiración diafragmática y parada de pensamiento, aumento de conciencia del

consumo perjudicial de tabaco, disminución en la intensidad de sensación de picazón al escuchar “perica” y poder establecer una proyección a futuro considerando conseguir un empleo y plantear estrategias como plan de acción para cumplirlo.

Discusión

En el presente estudio de caso se abordó a un paciente masculino de 53 años institucionalizado, quien cumple con los criterios diagnósticos según la CIE-10 de un síndrome de dependencia a la pasta base de cocaína en la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido, además, de un consumo perjudicial de tabaco.

El tratamiento tuvo un enfoque cognitivo- conductual cuyo objetivo fue reducir los síntomas del paciente: craving, agitación motora leve, patrón de consumo persistente varias veces en un periodo de 12 meses, déficits en la gestión de la ira e impulsividad; sintomatología que de acuerdo a Cofreces et al. (2022) y San Juan Sanz (2019) corresponde a la dependencia de cocaína que se caracteriza por el conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas que resultan del consumo repetido, obsesivo e incontrolado de la sustancia a pesar de las consecuencias graves, generando tolerancia y síndrome de abstinencia, asimismo, definen el consumo perjudicial de tabaco como el patrón de consumo continuo y reiterado que provoca daños físicos y psicológicos.

Cabe mencionar, que la comparación de resultados se realiza con estudios únicos de población joven debido a la poca literatura existente en relación a la edad de N.N, sin embargo, los hallazgos reportan similitud en la problemática tratada.

Los autores Santos-de Pascual et al. (2020) encontraron en su estudio que el perfil de un individuo institucionalizado por presentar problemas en el consumo de sustancias psicoactivas tiende a ser hombre, divorciado, con una edad media de inicio del consumo alrededor de los 19 años y con mayor ingesta de cocaína. Estos datos son ligeramente similares al presente caso debido a que N.N inició el consumo de ambas sustancias (pasta base de cocaína y tabaco) a los 17 años, además, su estado civil es divorciado.

En cuanto al proceso de evaluación psicológica, en el presente caso se evaluó el tipo de sustancia y nivel de riesgo mediante el OMS-ASSIST V3.1, instrumento frecuentemente utilizado para evaluar las variables previamente mencionadas (López-Rodríguez et al., 2019; Rosero Córdova, 2020), los resultados encontrados en N.N señalan que la ingesta de base

de cocaína y tabaco presentan un nivel de riesgo moderado; al respecto Mesa Cadena (2018) en su abordaje a un paciente masculino de 19 años de edad residente en un centro especializado, mediante la aplicación del mismo instrumento distingue la necesidad de una intervención breve por el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína (pasta base) y sedantes, así mismo, en el caso trabajado por Rojas Sánchez (2020) en un paciente de 17 años de edad institucionalizado determinó el consumo de varias sustancias cannabis, cocaína, anfetaminas, sedantes, inhalantes, tabaco y alcohol, lo cual concuerda parcialmente con el presente caso al identificar similitud en la ingesta de más de una sustancia, entre ellas lícitas e ilícitas; sin embargo, en nuestro paciente se identificó el consumo de dos sustancias. Por lo tanto, se evidencia que ante casos por consumo de sustancias se emplea con frecuencia el ASSIST como principal instrumento de evaluación.

Como segundo instrumento psicológico se aplicó el listado de síntomas breves (LSB-50) para indagar la presencia de patología dual, variable que hace referencia a la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias con una psicopatología (Confederación Salud Mental España, 2020). En este sentido, Cuartas-Arias (2023) menciona que un porcentaje considerable de población con trastorno por ingesta de sustancias psicoactivas presenta al menos un trastorno psicológico concomitante; sin embargo, en el presente caso se descartó, al obtener puntajes que señalen la ausencia de una psicopatología, datos que también fueron corroborados por medio de la entrevista clínica; este hallazgo es parecido al caso de Rojas Sánchez (2020), donde el usuario de 17 años solo presenta el trastorno por consumo de múltiples sustancias determinando la ausencia de alguna psicopatología comórbida mediante la entrevista clínica, también, este autor aplicó el Inventario Estado-Rasgo de depresión y ansiedad (IDER-IDARE) para determinar cuadros depresivos o ansiosos, lo cual no fue necesario evaluar con N.N puesto que el LSB-50 no arrojó indicios patológicos en esas áreas.

Igualmente, se evalúa el craving de base de cocaína a través del Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ-G), encontrando un nivel moderado en N.N, resultado similar con el estudio de Gualán Masache (2021), quien identificó un nivel moderado-alto en su caso

clínico de un paciente varón de 25 años con trastorno por consumo de cocaína en un entorno controlado. Adicionalmente, en nuestro caso se aplicó la escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island (URICA) para evaluar los estadios de cambio, arrojando que el usuario se ubica en la fase de acción, siendo esto relevante para la adherencia al tratamiento, semejante a lo detallado en la literatura donde se reporta que la mayoría de pacientes en tratamiento por consumo de sustancias se ubican en el estadio de acción al considerar que su institucionalización les permitirá desarrollar estrategias para mantenerse abstinentes (Jiménez Taco, 2022).

También se investigó la impulsividad mediante la escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), puesto que diversas investigaciones señalan que existe una relación entre el trastorno de consumo de sustancias y la ausencia de autocontrol, siendo una variable relevante evaluar en este tipo de población (Heredia Quintana y Mena Freire, 2022; Méndez-Díaz et al., 2021), de modo que, el nivel de impulsividad en N.N se ubica por encima de la media, lo cual se asemeja con los hallazgos de Mesa Cadena (2018) quien encontró por medio de la observación y entrevista clínica que el usuario con consumo de varias sustancias tiende a comportarse de manera impulsiva.

En base a los resultados obtenidos, se evidenció la importancia de desarrollar un plan psicoterapéutico de nueve sesiones desde un enfoque cognitivo-conductual, que incluyó técnicas como: balance decisional, reestructuración cognitiva mediante diálogo socrático, registro diario de pensamientos, respiración profunda, parada del pensamiento, autoinstrucciones, respiración diafragmática, entrenamiento en resolución de problemas y asertividad, banco de niebla y disco rayado mediante role playing, respiración diafragmática, sensibilización encubierta, detección de situaciones de alto riesgo y tarjetas flash, las cuales según, Becoña Iglesias (2016), Bedoya Londoño (2019) y Cazares Rentería et al. (2022) son técnicas efectivas en la intervención dentro del contexto de consumo de sustancias psicoactivas, debido a que buscan fomentar la motivación al cambio, modificar distorsiones cognitivas, brindar estrategias de afrontamiento y habilidades sociales, entrenar en resolución

de problemas para la prevención de recaídas, generando en el paciente conciencia de su condición y un incremento de la autoeficacia para mantener la abstinencia.

Por consiguiente, el empleo de este enfoque permitió que N.N modifique sus distorsiones cognitivas asociadas a la ingesta de cigarrillo y base de cocaína, lo cual incrementó la conciencia del consumo perjudicial de tabaco mediante la reestructuración cognitiva, similar al estudio de Pujadas Sánchez et al. (2020) quien interviene a una paciente de 35 años con consumo perjudicial de tabaco, donde aplicaron técnicas de reestructuración cognitiva y auto instrucciones, que contribuyeron significativamente al aumento de conciencia del consumo de tabaco y transformación de distorsiones cognitivas, logrando la integración del pensamiento positivo en su rutina diaria; es importante destacar que el caso antes señalado difiere con nuestro paciente con respecto al género, al presentar una leve conciencia de la ingesta perjudicial de tabaco y no estar ingresada en un centro especializado por consumo. Sin embargo, se evidencia la importancia de trabajar en las distorsiones cognitivas para generar mayor concientización de la ingesta perjudicial de sustancias.

Otro objetivo del tratamiento fue mejorar el control de impulsos y manejo de ira asociadas a la ingesta de drogas, para ello se empleó: la psicoeducación, respiración profunda, respiración diafragmática, parada del pensamiento y autoinstrucciones logrando la disminución de impulsividad; parecido al caso de Rojas Sánchez (2020), quien aplicó respiración profunda y autosupervisión para el manejo de autocontrol y manifestaciones ansiosas, obteniendo que el usuario reconozca sus estrategias de afrontamiento y aumente su autocontrol frente circunstancias negativas; igualmente en el caso de Mesa Cadena (2018) quien trabajó la impulsividad mediante parada del pensamiento y respiración diafragmática consiguió resultados positivos de acuerdo a este constructo, cabe recalcar que ambos pacientes les resultó fácil la aplicación de parada del pensamiento y respiración diafragmática.

Además, en N.N hubo una disminución del craving y desarrollo de habilidades de afrontamiento para mantener la abstinencia mediante la aplicación de respiración diafragmática, resolución de problemas, sensibilización encubierta y detección de situaciones

de alto riesgo; semejante a lo empleado por Mesa Cadena (2018) quien aplicó las técnicas antes mencionadas a excepción de la sensibilización encubierta logrando ampliar el repertorio de estrategias para el manejo de craving; en cuanto a sensibilización encubierta en el estudio de Pujadas Sánchez et al. (2020) la utilizaron en conjunto con auto instrucciones con la finalidad de mejorar el control de impulso de la ingesta y el compromiso a futuro de permanecer abstinentes.

En relación a la prevención de recaídas en este caso se trabajó con resolución de problemas, comunicación asertiva, detección de situaciones de riesgo, role playing y tarjetas flash obteniendo que N.N. adquiriera habilidades y estrategias para hacer frente a circunstancias que lo inciten al consumo de pasta base o tabaco, semejante a lo desarrollado por Torella Gil (2019), quien aplicó la terapia cognitivo-conductual a un grupo de usuarios dependientes a la cocaína, logrando que identifiquen situaciones de riesgo para la prevención de recaídas, así como el desarrollo de habilidades de escucha y comunicación para rechazar propuestas relacionadas con el consumo, sin embargo, solamente difieren con nuestro caso en que no utilizó las tarjetas flash, el cual fue un recurso importante dentro del tratamiento de N.N. ya que dentro de las mismas se colocó un plan de acción por cada situación de riesgo, permitiéndole traer consigo en todo momento.

Adicionalmente, varios autores sugieren fomentar un cambio de estilo de vida (Becoña Iglesias, 2016; Ramírez et al., 2018; Rodríguez Sánchez y Fabelo-Roche, 2021), por ello en N.N. se trabajó en un proyecto de vida donde se estableció metas a corto, mediano y largo plazo con estrategias para cumplirlo, esto permitió que el paciente tenga una proyección a futuro sin ingesta de sustancias psicoactivas; en los estudios previamente mencionados se diferencian en cómo abordan esta meta, ya que emplean técnicas de habilidades sociales, de afrontamiento y plantean actividades comunitarias en la rutina diaria (Gualán Masache, 2021; Mesa Cadena, 2018; Pujadas Sánchez et al., 2020; Rojas Sánchez, 2020; Torella Gil, 2019).

En cuanto a la evaluación postratamiento se evidencia una mejora significativa en el paciente debido a que la valoración cuantitativa reporta una disminución en las variables craving, impulsividad, además de un notable control de ira, mantenerse en el estadio de cambio “acción”, de igual manera, el usuario percibe una alta eficacia del tratamiento (según el resultado obtenido en la CRES-4). Por medio de la observación y entrevista se halló que N.N. logró reestructurar las distorsiones cognitivas relacionadas al consumo, disminuye la agitación psicomotriz, genera un adecuado afrontamiento de la abstinencia y se proyecta metas a futuro, de modo que Pérez García (2020) menciona que la aplicación de respiración diafragmática, parada del pensamiento, reestructuración cognitiva, detección de situaciones de riesgo, entrenamiento en habilidades sociales (técnicas empleadas en nuestro estudio) son eficaces para el tratamiento en abuso de sustancias.

Un aspecto a considerar con respecto a la variable disposición al cambio no hubo avances significativos en N.N. al mantenerse en la fase de “acción” en el post-test, posiblemente se deba a la percepción de poco apoyo por parte de su familia, quienes cumplen un rol fundamental en promover la motivación al cambio de conductas adictivas (Pinzón Rodríguez y Calvo Abaunza, 2021), por lo tanto, pueden ser un factor protector como un factor de riesgo dependiendo del apoyo brindado al paciente.

En términos generales, se puede ratificar que N.N. mostró un notable progreso tras el desarrollo de diversas técnicas, estrategias y actividades que contribuyeron a que el usuario pueda afrontar situaciones fuera de la institución que implican un desafío para mantenerse abstinentes. Igualmente se logró un control de impulsos y una proyección a futuro una vez finalizado el proceso de rehabilitación, lo cual es esencial para la prevención de recaídas.

No obstante, existieron limitaciones al no poder abordar el ámbito familiar del usuario, puesto que no existía comunicación directa, ya que residen en el extranjero, lo cual fue un factor para no alcanzar los resultados esperados una vez finalizado el tratamiento con respecto a la disposición de cambio; además, debido al motivo antes mencionado sumado al no tener acceso a expedientes del primer centro especializado, no se pudo corroborar los

datos brindados por N.N con otras fuentes, asimismo, la evaluación de seguimiento no se desarrolló ya que el usuario egresó de la institución de rehabilitación, pese a lo mencionado se culminó la intervención debido a la alta predisposición y colaboración del paciente en cada una de las sesiones y tareas enviadas, lo que denota y ratifica el deseo de tomar acción en su proceso de rehabilitación.

Conclusiones

Posterior al análisis del presente caso, se concluye:

Referente a la evaluación psicológica en población con trastorno por consumo de sustancias es útil emplear la entrevista clínica, observación e instrumentos psicológicos, que permiten la indagación exhaustiva del patrón de consumo de sustancias, impulsividad, disposición al cambio, craving y sintomatología asociada a la abstinencia, lo cual se debe contrastar con los criterios diagnósticos de la CIE-10, logrando hallazgos ecuanimes al contar con el fundamento teórico y práctico para determinar un diagnóstico definitivo, que en este caso fue (F14.21) Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína. Síndrome de dependencia en la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido y (F17.1) Consumo perjudicial de tabaco.

Además, es frecuente que los pacientes tiendan a consumir más de una sustancia, y sean más conscientes del consumo problemático de la sustancia ilegal debido a factores como el marco legal y regulaciones, consecuencias más perjudiciales y la estigmatización social en comparación a las drogas legales; igualmente, de acuerdo al protocolo del MSP en Ecuador para centros especializados se brinda intervención a la población con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (F.10 al F.19), excepto al F.17 relacionados al consumo de tabaco, puesto que al ser normalizado dentro del contexto ecuatoriano se lo aborda desde una visión preventiva.

Así mismo, el abordaje desde el enfoque cognitivo-conductual resultó ser efectivo en el presente caso, al conseguir un aumento de conciencia del consumo perjudicial de tabaco y cocaína, predisposición al cambio, disminución del craving e impulsividad, adquisición de habilidades de resolución de problemas y comunicación asertiva, manejo de técnicas para prevención de recaídas y establecimiento de una proyección a futuro.

Adicionalmente, el hecho de que N.N permanezca institucionalizado en un entorno controlado favoreció el proceso de rehabilitación, al tener la oportunidad de generar redes de

apoyo con los profesionales y compañeros del lugar, así como el no tener acceso a las sustancias psicoactivas, lo cual contribuyó a un progreso satisfactorio del tratamiento.

Recomendaciones

De acuerdo con las conclusiones antes mencionadas se sugiere:

Tomar en cuenta la entrevista, observación e instrumentos psicológicos con adecuadas propiedades psicométricas y manuales internacionales como la CIE-10 para una evaluación rigurosa y diagnóstico en población con presunto trastorno por consumo de sustancias, además de corroborar datos con otras fuentes de información como la familia o en caso de existir internamientos previos solicitar informe psicológico para contrastar la información referida por el paciente; igualmente se recomienda la aplicación de reactivos psicológicos estandarizados en la población ecuatoriana para evaluar variables más significativas como craving, tipo de sustancia, patología dual, personalidad, estrategias de afrontamiento.

Igualmente, se recomienda que se indague el consumo perjudicial de tabaco de manera rigurosa y el mismo sea considerado dentro de los protocolos nacionales para un tratamiento especializado.

Adicionalmente, se sugiere implementar dentro de los planes psicoterapéuticos técnicas cognitivas-conductuales ajustadas a las necesidades del usuario, así como involucrar al sistema familiar, puesto que es un factor esencial en la predisposición al cambio, modificación de estilo de vida y reinserción a la sociedad.

De igual manera, se sugiere desarrollar investigaciones acerca de cómo influye la institucionalización en el proceso de rehabilitación, debido a que se producen cambios que repercuten en el proceso de adaptación y adherencia al tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias.

Finalmente, se recomienda realizar estudios de caso único sobre tratamientos psicoterapéuticos en población adulta intermedia (40-50 años) y adulta tardía (50-60 años) con síndrome de dependencia de base de cocaína y consumo perjudicial de tabaco en un medio protegido con la finalidad de que sirvan como base para futuros estudios de caso,

puesto que la mayoría de los estudios publicados tienden a centrarse en adolescentes y jóvenes con trastorno por consumo de sustancias.

Referencias

- Abuín R., M. J. y De Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25(2), 131–141. <https://doi.org/10.1016/J.CLYSA.2014.06.001>
- Almaraz Castruita, D. A. y Alonso Castillo, M. M. (2018). Terapia Cognitivo Conductual para Dejar de Fumar: Revisión Sistemática. *Revista Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria*, 14. <http://ciberindex.com/p/ec/e11470>
- Arteaga Rodríguez, J. I., Reivan Ortiz, G. G. y Paredes-Tello, V. I. (2018). Rasgos de personalidad en padres del Instituto Tadeo Torres. *Killkana Salud y Bienestar*, 2(1), 17–22. https://doi.org/10.26871/KILLCANA_SALUD.V2I1.201
- Barbosa Urrego, S. C., Valencia Casallas, O. L. y Villalba, J. (2017). Validación de la escala barrat de impulsividad (BIS-11) en población bogotana. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 13(2). <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.01>
- Barragán Torres, L., Flores Mares, M., Ramírez García, A. N. y Ramírez Mendoza, C. (2014). *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334698/Recaidas_2.pdf
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (2019). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Ediciones Paidós.
- Becoña Iglesias, E. (2016). *Trastornos Adictivos*. Editorial Síntesis.
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorribas, C., Berdullas Barreiro, J., Castillo, I. I., Llorente del Pozo, J. M., López Durán, A., Madoz Gúrpide, A., Martínez González, J. M., Ochoa Mangado, E., Palau Muñoz, C., Palomares Martínez, Á. y Villanueva Blasco, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Bedoya Londoño, L. F. (2019). Características del Tratamiento Cognitivo Conductual en Adicción a Sustancias [Tesis de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios].

[https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/7544/1/UVDTP_BedoyaLondo%
%b1%b1oLuisaFernanda_2019.pdf](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/7544/1/UVDTP_BedoyaLondo%c3%b1%b1oLuisaFernanda_2019.pdf)

Cano Waller, N. (2020). Eficacia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de drogodependencias [Trabajo de grado- artículo científico de revisión bibliográfica Universidad de la República Montevideo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/29267>

Cárdenas Ortega, E. J. y Vicente Parada, B. (2021). Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. *Gaceta Médica Espirituana*, 23(2), 53–65. <https://orcid.org/0000-0002-8750-9007>

Castilla, D., 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://www.researchgate.net/publication/351779893>

Cazares Rentería, R., Pérez Silva, L. C., Lapuente García, F. A., Fernández Flores, A. 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), 568-588. <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/82921>

Cófreces, D. P., Azzato, F., Castilla, R. y Milei, J. (2022). Pasta base de cocaína (paco): estado de situación desde un enfoque global. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 135(7). https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/2544/Rev-3-2022_pag-7-16_Pasta-base%20de-coca%C3%ADna-PACO-C%C3%B3freces_Azzato_Castilla_Milei.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Organización de los Estados Americanos. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*. <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

Confederación Salud Mental España. (2020). *Apuntes sobre patología dual. Propuestas de la Red Salud Mental España*. Confederación Salud Mental España. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/6052>

- Cuartas-Arias, M. (2023). Exploring Dual Pathology: Opportunities and Challenges. *International Journal of Psychological Research*, 16(1).
<https://revistas.usb.edu.co/index.php/IJPR>
- De la Serna, J. M. (2018). *El diagnóstico diferencial en la Psicología Clínica*. Babelcube Inc.
https://www.researchgate.net/publication/347842433_El_diagnostico_diferencial_en_la_Psicologia_Clinica
- Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo-Conductuales. Desclée de Brouwer.
<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433029508.pdf>
- Farias, L., Espinoza, C. y Mora, N. (2020). Habilidades cognitivas y comunicación asertiva en los profesionales de secretariado ejecutivo. *593 Digital Publisher CEIT*, 5(6), 486–495.
<https://doi.org/10.33386/593dp.2020.6-1.446>
- Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. y Bados, A. (2012). Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 51–58.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65891/1/637379.pdf>
- Ferreira, E., y Calderón, C. (2022). *Evaluación de Adultos: LSB-50*. Evaluación de síntomas psicológicos. https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/186246/4/LSB-50_Evaluacion%20de%20sintomas%20psicologicos_2.pdf
- Garbi, S. L. (2022). Consumos de drogas: la atención desde un modelo de abordaje integral y comunitario. *Revista Argentina de Medicina*, 9(3), 174–180.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/157227>
- González Salazar, I. D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, 57, 12-17.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627227>
- Gonzalez Sepúlveda, M. A. (2018). Tratamiento de patología dual: Depresión y Trastorno por consumo de sustancias. *Psiquiatría y Salud Mental*, 35(3/4), 244–252.

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005048/15-tratamiento-patologia-dual-depresion-y-ttto-x-consumo-susta_aXU77ST.pdf

Gualán Masache, M. I. (2021). Consumo de cocaína y su incidencia en las relaciones afectivas de una persona de 25 años de edad de la ciudad de Babahoyo [Tesis de grado, Universidad Técnica de Babahoyo].

<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/9990>

Heredia Quintana, E., y Mena Freire, M. A. (2022). Impulsividad y riesgo de consumo de sustancias psicotrópicas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 10131–10145. https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V6I6.4122

Humeniuk, R. E., Henry-Edwards, S., Ali, R. L., Poznyak, V. y Monteiro, M. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*. Organización Mundial de Salud (OMS).

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>

Jiménez Taco, H. A. (2022). Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento asociadas a los estadios de cambio en adicciones en un centro especializado de tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas. [Tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11435/Satisfaccion_JimenezTaco_Hugo.pdf?sequence=1

Lániz-Mera, E. R. y Pinargote-Macías, E. I. (2021). La importancia del tratamiento psicoterapéutico en pacientes con consumo problemático de sustancia psicoactivas. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de La Salud "GESTAR"*, 4(8), 35–45.

<https://doi.org/10.46296/GT.V4I8EDESP.0029>

Lara, S. y Álvarez, K. (2018). Vista de Estudio Transversal: Consumo de Sustancias Psicotrópicas en Pacientes que Acuden al Servicio de Psicología del Centro de Salud No 1 de Azogues, Ecuador 2017. *Revista Médica HJCA*, 10(1), 26–31.

<https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/165/149>

- Llamas Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I. y Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista de Neurología*, 61(8), 363–371.
<https://www.researchgate.net/publication/283842742>
- López Palma, A. E., Benítez Hurtado, X. G., León Ron, M. J., Maji Mozo, P. J., Domínguez Montoya, D. R. y Báez Quiñónez, D. F. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), 1817–5996.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200014
- López-Rodríguez, J. A., Rigabert, A., Gómez Llano, M. N. y Rubio, G. (2019). Cribado de riesgos derivados del consumo de drogas utilizando la herramienta ASSIST (Alcohol, smoking and substances involvement screening test) en pacientes de atención primaria: estudio transversal. *Atención Primaria*, 51(4), 200–207.
<https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2017.03.021>
- Marín-Navarrete, R., Mejía-Cruz, D., Templos-Nuñez, L., Rosendo-Robles, A., González-Zavala, M., Nanni-Alvarado, R., García, I., Leff, P., Salazar-Juárez, A. y Antón-Palma, B. (2011). Validation of a cocaine craving questionnaire (CCQ-G) in Mexican population. *Artículo Original Salud Mental*, 34(6), 491–496.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600003
- Martínez Ávila, E.L. (2022). *Los aprendizajes para la vida: Un pequeño paso hacia la reconstrucción social desde el aula de clase*. [Tesis de grado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia].
<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/53263/ljmartinezav.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, K. M. R. (2019). La entrevista semi-estructurada y las fallas en la estructura. La revisión del método desde una psicología crítica y como una crítica a la psicología.

Caleidoscopio - Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades, 41, 65–91.

<https://doi.org/10.33064/41CRSCSH1203>

Méndez-Díaz, M., Rangel Rangel, D. A., Alvarado Ramírez, Y. A., Mendoza-Méndez, A., Herrera-Solís, A. M., Cortés Morelos, J., Ruiz-Contreras, A. E. y Prospéro-García, O. (2021). Función de la impulsividad en el trastorno por consumo de sustancias. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 15(1), 83–93.

<https://doi.org/10.21500/19002386.5390>

Mesa Cadena, A. (2018). Intervención Cognitivo-Conductual en un caso por consumo de sustancias [Tesis de Maestría, Universidad Pontificia Bolivariana].

https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5166/digital_36189.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública*. Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios.

https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/taller_quito/Taller%2022-10-2015/Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20Residencial%2007_10_2015%20ok-1.pdf

Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2021). *Evaluación y Confirmación Diagnóstica en personas con consumo de alcohol y otras drogas*. SENDA.

https://bibliodrogas.gob.cl/wp-content/uploads/2022/03/Evaluacion-y-confirmacion-diagnostica_web-1.pdf

Moreno Rosset, C. y Antequera Jurado, R. (2020). Contribuciones de un nuevo Proceso de Evaluación Psicológica a las Psicoterapias. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 233–248. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.388>

- Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. (2019). *Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos*. Sanz y Torres. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=784173&info=resumen&idioma=SPA>
- Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L. y Ilaja-Verdesoto, B. (2018). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health and Addictions*, 18(1), 39–50. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.333>
- National Institute on Drug Abuse. (2020). ¿Qué tratamientos se consideran eficaces para los cocainómanos? <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-tratamientos-se-consideran-eficaces-para-los-cocainomanos>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2021). Informe Mundial sobre Drogas 2022. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud . (2018). Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system. https://www.unodc.org/documents/UNODC_WHO_Alternatives_to_conviction_or_punishment_ENG.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Medica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Políticas de salud pública sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Manual para la planificación en el ámbito de la salud*. Organización Panamericana de Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53947>
- Ortiz, M. I. y Ortiz Márquez, M. (2018). Factores de riesgo en adicciones y su relación con actividades deportivas y recreativas. *Retos*, 34, 71–79.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6736374&info=resumen&idioma=S>

[PA](#)

Paz Guerra, S. y Peña Herrera, B. (2021). *Fundamentos de la evaluación*. Abya-Yala.

<https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20863>

Pérez García, N. (2020). Protocolo de Intervención multicomponente para pacientes adultos con un problema de dependencia a la cocaína. *Revista de Criminología, Psicología y Ley*, 3, 129–187.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8419566>

Perpiña, C., Montoya-Castilla, I., y Valero-Moreno, S. (2022). *Manual de la entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar*. Ediciones Pirámide.

Pinzón Rodríguez, A. M. y Calvo Abaunza, A. F. (2021). El rol de la familia en la rehabilitación de adicciones desde el Modelo Transteórico e Intervenciones Cognitivo-Conductuales. *Artículo de revisión. Informes Psicológicos*, 21(1), 151–167.

<https://doi.org/10.18566/INFPSIC.V21N1A010>

Pujadas Sánchez, M. D., Pérez-Pareja, F. J. y García-Pazo, P. (2020). Tratamiento de un caso de adicción a la nicotina. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 69–87.

<https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/154440>

Ramírez, P., Álvarez, M., Cabello, D., Riquelme, A. y Guerra, M. (2018). Vínculo terapéutico, expectativas, impacto y adherencia al tratamiento según la percepción de los usuarios del Cosam puente alto en tratamiento por adicciones. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 14(2), 193–201.

<https://sodepsi.cl/wp-content/uploads/2020/09/GPU-2018-2.pdf#page=101>

Rentería Cazares, R., Pérez Silva, L. C., Lapuente García, F., Fernández Flores, A. A. y Carrillo Saucedo, I. C. (2022). Programa de intervención cognitivo-conductual en jóvenes con problemas por abuso de drogas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(2), 568–588.

Reyes Cabrera, N. Z., Alonso Castillo, M. M., Alarcón Luna, N. S., Reyes Sánchez, C. y Alonso Castillo, M. T. de J. (2020). Relación entre los pros y contras del consumo de alcohol

- y el consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Científica de Psicología Eureka*, 17(3), 156–171. <https://ojs.psicoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/155>
- Rodríguez Morejón, A. (2019). *Manual de Psicoterapias: Teoría y técnicas*. HERDER EDITORIAL.
- Rodríguez Sánchez, M. y Fabelo-Roche, J. R. (2021). Caracterización del estilo de vida en la etapa de recuperación de adolescentes adictos a drogas ilegales. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662021000300013&script=sci_arttext
- Rojas Sánchez, S. J. (2020). Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual, en un estudio de caso en problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Bolivariana]. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9545/128_1%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rosero Córdova, J. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas en cárceles en el Ecuador: entre factores condicionantes y vulnerabilidad. *Universidad Internacional SEK*. <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3784>
- Sagbay Coronel, M. E. y Ramírez Coronel, A. A. (2023). Propiedades psicométricas del mini examen del estado mental: revisión sistemática. *Conciencia Digital*, 6(1.1), 120–132. <https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v6i1.1.2482>
- San Juan Sanz, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4984–4992. <https://doi.org/10.1016/J.MED.2019.09.003>
- Sánchez Huerta, D. (2020). *Análisis Foda o Dafo*. Bubok.
- Santos-de Pascual, A., Saura-Garre, P. y López-Soler, C. (2020). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 36(3), 443–450. <https://doi.org/10.6018/ANALESPPS.36.3.399291>

- Smith-Castro, V. (2014). *Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014*. Universidad de Costa Rica. <https://www.researchgate.net/publication/269223147>
- Soto-Brandt, G., Portilla Huidobro, R., Huepe Artigas, D., Rivera-Rei, Á., Escobar, M. J., Salas Guzmán, N., Canales-Johnson, A., Ibáñez, A., Martínez Guzmán, C. y Castillo-Carniglia, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*, 26(4), 291–302. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289132934005.pdf>
- Suárez-Barros, A. S., Alarcón Vásquez, Y. y Reyes Ruiz, L. (2018). Proyecto de vida: ¿proceso, fin o medio en la terapia psicológica y en la intervención psicosocial? *Revista AVFT-Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5). <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/2489>
- Tena-Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y Salud Mental. *SANUM*, 4(3), 36–45. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf
- Torella Gil, M. (2019). Seguimiento del abordaje psicoterapéutico en una terapia de grupo con pacientes dependientes a la cocaína: estudio de una modalidad de intervención terapéutica [Tesis de maestría, Universitat Ramon Llull]. <https://recercat.cat/bitstream/handle/2072/373862/Mar%20Torrella%20Gil.%20Trabajo%20Final%20de%20Master.%20.pdf?sequence=1>
- Trillos-Cuello, D. y Cogollo-Milanés, Z. (2022). Factores de riesgo y protección en los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas. *Duazary*, 19(2), 129–142. <https://doi.org/10.21676/2389783X.4692>
- Trujillo Segrera, M. A. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos: Addiction and its different concepts. *Centro Sur*, 3(2), 14–26. <https://doi.org/10.37955/CS.V3I2.18>
- Valdevila Figueira, J., Gilbert Jaramillo, J., Carcelén Torres, R., Valdevila Santiesteban, R. y Murillo-Zúñiga, D. (2020). Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes. *Correo Científico*

Médico, 24(2), 527–542. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000200527&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Valladolid, G. R., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., Alfaro, G. P., Bértolo, J. de la C., Barba, R. J., Sánchez-Junco, A. R. y Montejo, J. Z. (2014). Validación de la versión española del Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias (ASSIST). *Psicothema*, 26(2), 180–185. <https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2013.172>

Vallejos Flores, M., Orbegoso Faccio, C. y Capa Luque, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): validez y confiabilidad en drogodependientes. *Revista De Psicología (Trujillo)*, 9, 52–59. <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/513>