



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Estudio de caso clínico bajo un enfoque cognitivo
conductual, en un varón relacionado al consumo
problemático de alcohol**

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

LICENCIADA EN PSICOLÓGIA CLÍNICA

Autora: Jaramillo Córdova, Karen Gabriela

Directora: Calva Camacho, Evelin Astrid

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, 19 de septiembre de 2023

Magister

Gianella Lisbeth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Estudio de caso clínico bajo un enfoque cognitivo conductual, en un varón relacionado al consumo problemático de alcohol, realizado por Karen Gabriela Jaramillo Córdova, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Mgtr. Evelin Astrid Calva Camacho

C.I.: 1104792666

Correo electrónico: eacalva1@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Karen Gabriela Jaramillo Córdova, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:
Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Estudio de caso clínico bajo un enfoque cognitivo conductual, en un varón relacionado al consumo problemático de alcohol, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo 1 marco teórico, capítulo 2 metodología, capítulo 3 resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Mgtr. Evelin Astrid Camacho, 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.

.....

Autora: Karen Gabriela Jaramillo Córdova

C.I.: 1150256772

Correo electrónico: [kjaramillo3@utpl.edu.ec](mailto:kgjaramillo3@utpl.edu.ec)

Dedicatoria

Dedico este estudio de caso a mi familia, a mis padres Geovany y Gabriela, quienes me han apoyado en este proceso, me ha alentado y con su esfuerzo han permitido que pueda continuar mi camino; a mis hermanos Jimmy y Oliver, y en especial a mi abuela Yolanda, "Meme", quien me ha ayudado en cada paso que he dado, ha estado presente en mis buenos y malos momentos y es un pilar fundamental en mi vida.

Así también, dedico esta tesis, a todos mis amigos, quienes han estado ahí y me han alentado a seguir, aun cuando las adversidades de la vida fueron muy duras y el camino parecía muy oscuro.

Gracias a todos ustedes por estar para mí y ayudarme a ver las cosas de una manera más positiva, gracias por sus palabras de aliento y por escucharme siempre.

Agradecimiento

Agradezco principalmente a mis tutoras en este proyecto, Mgtr. María Emilia Jaramillo y Mgtr. Evelin Astrid Calva, quienes han sido una guía y apoyo en este proceso y me han permitido avanzar y culminar con este caso que al principio parecía muy complejo.

A mis padres, y abuela, quienes han sido mi apoyo en cada uno de los pasos que he dado a lo largo de esta etapa universitaria. No existen palabras suficientes para expresar la inmensa gratitud y amor que tengo por ustedes. Su influencia positiva e incansable respaldo han sido fundamentales en mi crecimiento y desarrollo personal. Gracias por creer en mí cuando dudaba de mí misma, por inspirarme a superar mis propios límites y por celebrar cada pequeño y gran logro.

Índice de contenido

Caratula	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
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno.....	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 Identificación del paciente	7
1.1.2 Motivo de consulta	9
1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología	9
1.2 Proceso de Evaluación	11
1.2.1 Entrevista con la/el paciente.....	12
1.2.2 Observación clínica.....	13
1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados	14

1.3 Proceso Diagnóstico.....	26
1.3.1 Diagnóstico presuntivo	27
1.3.2 Diagnostico Final.....	30
Capítulo dos	32
Metodología.....	32
2.1. Tratamiento/Intervención.....	32
2.1.1. Objetivos terapéuticos	32
2.1.2. Plan de tratamiento/intervención.....	32
2.1.3. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.	36
Capítulo tres	49
Resultados	49
3.1. Análisis de resultados cuantitativos	49
3.2. Análisis de resultados cualitativos.....	52
Discusión.....	54
Conclusiones	59
Recomendaciones	60
Referencias	61

Índice de tablas

Tabla 1 OMS-ASSIST V3.1 (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)	14
Tabla 2 Mini Examen del Estado Mental (MMSE).....	16
Tabla 3 Test Gestáltico Visomotor de Bender	16
Tabla 4 Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT).....	17

Tabla 5 Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung	18
Tabla 6 Escala de Autovaloración de Depresión de Zung	19
Tabla 7 Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA)	20
Tabla 8 Escala de evaluación del cambio, Universidad de Rhode Island (URICA)	21
Tabla 9 Ficha técnica del SEAPSI	22
Tabla 10 Instrumentos psicológicos aplicados	23
Tabla 11 Criterios diagnósticos de Intoxicación por alcohol	27
Tabla 12 Criterios de Abstinencia de alcohol	28
Tabla 13 Trastorno por consumo de alcohol grave en un entorno controlado	28
Tabla 14 Plan psicoterapéutico	32
Tabla 15 Resultados pre-intervención y pos-intervención de la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung	49
Tabla 16 Resultados pre-intervención y pos-intervención de la Escala de Autovaloración de Depresión de Zung	50
Tabla 17 Resultados pre-intervención y pos-intervención de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA)	50
Tabla 18 Resultados pre-intervención y pos-intervención de la Escala de Impulsividad de Barrat	51
Tabla 19 Resultados pre-intervención y pos-intervención de la Escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island (URICA)	51
Tabla 20 Resultados cualitativos de la evolución del paciente	52

Índice de figuras

Figura 1 Genograma familiar y leyenda de N.N.	8
--	----------

Resumen

El presente estudio de caso aborda a un paciente masculino de 51 años, residente en un centro de rehabilitación, quien es evaluado mediante entrevista, observación clínica y la aplicación de reactivos psicológicos, tales como, Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS-ASSIST V3.1), Mini Examen del Estado Mental (MMSE), Test de Lauretta Bender, Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT), Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung, Escala de Autovaloración de Depresión de Zung, Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA), Escala de evaluación del cambio, Universidad de Rhode Island (URICA), Cuestionario de personalidad (SEAPSI), Escala de Impulsividad de Barratt, mismos que permiten determinar la gravedad de las áreas a trabajar, y tras un exhaustivo análisis es diagnosticado con trastorno por consumo grave de alcohol en un entorno controlado. Se aplicó un plan terapéutico bajo el enfoque cognitivo conductual, compuesto de 10 sesiones, en donde se obtuvieron resultados satisfactorios, puesto que, a través de varias técnicas psicológicas, se logró reducir algunas variables como ansiedad, depresión y sintomatología presente en el paciente, mejorando así su calidad de vida.

Palabras clave: consumo de alcohol, cognitivo conductual, adulto.

Abstract

The present case study deals with a 51-year-old male patient, resident in a rehabilitation center, who is evaluated by means of an interview, clinical observation, and the application of psychological reagents, such as Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS-ASSIST V3. 1), Mini Mental State Examination (MMSE), Lairetta Bender Test, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Zung Anxiety Self-Rating Scale, Zung Depression Self-Rating Scale, Multidimensional Alcohol Craving Scale (EMCA), Change Assessment Scale, University of Rhode Island (URICA), Personality Questionnaire (SEAPSI), Barratt Impulsivity Scale, that allows to determine the severity of the areas to work on, and after a thorough analysis is diagnosed with Severe Alcohol Use Disorder in a controlled environment. A therapeutic plan is applied under the cognitive behavioral approach, consisting of 10 sessions, where satisfactory results were obtained, since, through various psychological techniques, it was possible to reduce some variables such as anxiety, depression and symptomatology present in the patient, thereby improving his quality of life.

Key words: alcohol consumption, cognitive-behavioral, adult.

Introducción

A lo largo de la historia, el trastorno por consumo de sustancias ha sufrido diversas variaciones, siendo así que, en 1964 se remplazó el término “adicción” comúnmente llamado “dependencia de sustancias”, debido a la connotación negativa del primero, sumado a que no explicaba la totalidad de los trastornos, es por esto que se recurre a los términos de dependencia física, haciendo alusión a los efectos fisiológicos ocasionados por el consumo, en donde considera la tolerancia y la abstinencia como criterios de clasificación, del mismo modo, se toma en cuenta la dependencia conductual que se refiere a las actividades de búsqueda de sustancias y a la asociación de patrones de consumo (Navarrete y Secín, 2018).

Actualmente, dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), se remplazó el término de dependencia por una clasificación que incluye severidades como leve, moderado y grave, las cuales se establecen a partir de la cantidad de consumo, basándose en el cumplimiento de los criterios establecidos en el Manual (Navarrete y Secín, 2018).

Se conoce que, una de las sustancias psicoactivas más consumidas mundialmente es el alcohol, que tiene la capacidad de generar dependencia en aquellos individuos que lo ingieren con una mayor frecuencia, lo que conlleva al desarrollo de múltiples problemáticas, entre ellas enfermedades, tales como problemas hepáticos, nutricionales y neurológicos, pudiendo ocasionar la muerte; se conoce que, entre los efectos más comunes derivados del consumo de esta sustancia están la sensación de euforia, desinhibición conductual, mayor sociabilidad y relajación, del mismo modo, se observa dificultad en la asociación de ideas y el habla, junto con la falta de coordinación motora (Amador et al., 2021; Meneses et al., 2019).

Así también, varios autores coinciden que algunos de los factores de riesgo que presentan las personas que consumen alcohol se encuentran los individuales como genéticos/biológicos; psicológicos, como la baja percepción de riesgo, creencias sobre el consumo; y, los ambientales y de socialización, en donde se encuentra inmersa la influencia

de amistades y del entorno (Martínez et al., 2019; Rodas, 2020; Rodríguez et al., 2018; Vuele et al., 2021).

Es por esto que, en Estados Unidos, en una encuesta nacional con una población de 14.1 millones de adultos a partir de 18 años, el 5.6% de los mismos presentó la problemática que ha sido mencionada (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2021). Siendo así que, en cuanto al consumo de esta sustancia, los individuos con este trastorno ingieren un aproximado de 32,8 gramos al día, siendo este consumo mayor en regiones de África, aumentando cada vez más estos porcentajes en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019)

Se conoce también que, el 25,5% del alcohol consumido globalmente no es registrado, es decir, corresponde a la venta ilegal, sin embargo, del legalmente expendido, el 44,8% se presenta en forma de licor y aguardiente, un 34,3% como cerveza y un 11,7% como vino a nivel global (OPS, 2019). El consumo de esta sustancia es perjudicial y provocó alrededor de 140 000 muertes entre los años 2015 y 2019, siendo 1 de cada 5 decesos en individuos de 20 y 49 años ocasionados por el consumo excesivo de alcohol (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2022).

La American Psychiatric Association [APA] (2014), define ciertos criterios para el trastorno por consumo de alcohol, que se refiere al patrón problemático de consumo de esta sustancia que causa malestar clínicamente significativo y se deben cumplir al menos dos de los siguientes hechos durante un período de 12 meses, primeramente mantener un consumo frecuente de cantidades excesivas de alcohol, esfuerzos infructuosos para controlar o dejar de consumirlo, destinar tiempo en actividades relacionadas con el consumo, deseos intensos, consumo recurrente y continuado que afecta negativamente a varias áreas de la vida, abandono o reducción de actividades importantes, consumo en situaciones de riesgo físico, continuar bebiendo a pesar de presentar problemas físicos o psicológicos, tolerancia y síntomas de abstinencia.

Es por esto que, tomando en cuenta las diferentes afectaciones que pueden sufrir los individuos con esta patología, se brinda un tratamiento a fin de reducir la sintomatología

presente en dichos pacientes, siendo así que, varios autores mencionan que el uso de la terapia cognitivo conductual (TCC), ha sido utilizada con una elevada frecuencia en la evaluación e intervención psicoterapéutica en trastornos por consumo de sustancias, específicamente alcohol, resultando altamente beneficiosa y efectiva, puesto que, se conoce que de cada 10 tratamientos aplicados para el abuso y dependencia de sustancias, 9 de estas corresponden al enfoque de tipo cognitivo conductual, siendo algunos indicadores de efectividad los que se evidencia en los individuos que presentan dicha problemática, tales corresponden a la reducción de consumo en cuanto a frecuencia y cantidad, mayor adherencia al tratamiento, y mejoría en la sintomatología referente a deseos de consumo (Becoña et al., 2011; Espinel, 2021; Torrens et al., 2022;).

Así también, se ha evidenciado que existen otros enfoques efectivos en el tratamiento de este trastorno, tales incluyen, terapia psicológica integrada, terapia familiar, terapia conductual de pareja, entre otros (Lefio et al., 2013). Sin embargo, para este caso de estudio se ha decidido el uso de la terapia cognitivo conductual, debido a la diversa gama de técnicas que permiten abordar la sintomatología presente en el paciente.

Por otra parte, es relevante mencionar que este estudio se encuentra estructurado en múltiples secciones. En el primer apartado, que corresponde al marco teórico, se proporciona una descripción del caso a través de la identificación del paciente, el motivo de consulta, la historia y la evolución del problema. Estos elementos ofrecen información relevante sobre el origen del problema, los antecedentes y la sintomatología. Además, se incluye el proceso de evaluación, que abarca los instrumentos utilizados junto con sus fichas técnicas, así como el diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo del caso.

El segundo capítulo se centra en la metodología, donde se establecen los objetivos del tratamiento, el plan terapéutico y el desarrollo de las sesiones, junto con una explicación detallada de las técnicas utilizadas. Por último, el tercer capítulo proporciona una descripción de los resultados obtenidos durante el proceso terapéutico, se lleva a cabo una discusión de dichos resultados y se presentan las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Este estudio de caso, tiene una relevancia significativa debido a que, al ser una problemática de salud pública que se presenta globalmente, el mismo contribuye a la comprensión del trastorno, permitiendo conocer aspectos tales como las circunstancias y los factores subyacentes que pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento del trastorno por consumo de alcohol, además de los patrones de consumo, los síntomas y las consecuencias físicas y psicológicas asociadas al mismo; así también, permite identificar que la terapia cognitivo conductual, es efectiva en el tratamiento de dicho trastorno, lo que puede ayudar a reducir las prevalencias del mismo en nuestro entorno.

Finalmente, es importante destacar, que este estudio de caso aporta significativamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, puesto que, puede servir como una herramienta educativa valiosa para estudiantes y profesionales de la salud; y a su vez, ayuda a enriquecer el repositorio que tan prestigiosa Universidad posee.

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

Usuario identificado como N.N, de sexo masculino, nacionalidad ecuatoriana, nacido en julio de 1971, en la ciudad de Quilanga, provincia de Loja, con 51 años de edad actualmente.

Proveniente de una familia nuclear, compuesto por siete hijos donde ocupa el quinto lugar. De estado civil casado, desde los 22 años de edad, procreó 3 hijos con su pareja, su primogénito de 28 años y sus hijas de 14 y 6 años respectivamente. En cuanto a su nivel de escolaridad, el paciente es egresado de la carrera de Derecho, sin embargo, ejercía la profesión de comerciante desde los 22 años de edad hasta el ingreso al centro de rehabilitación.

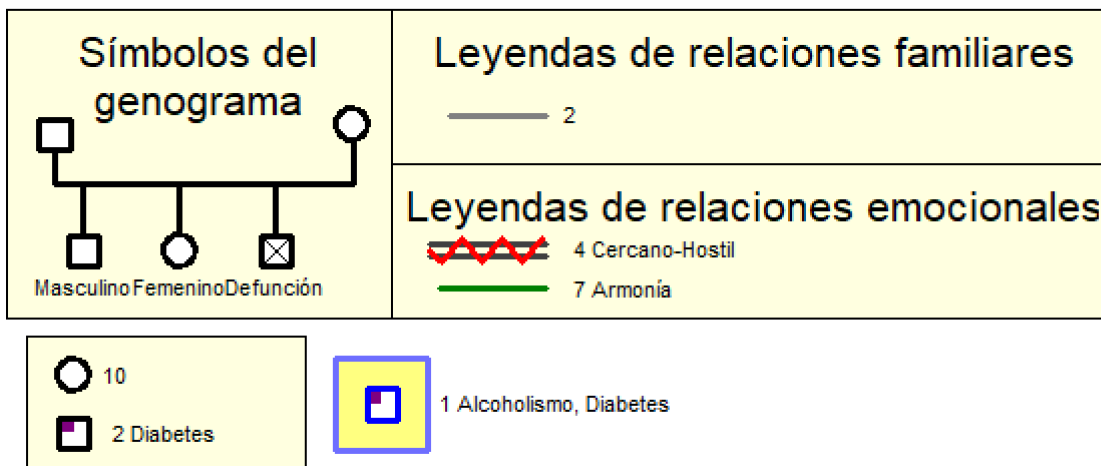
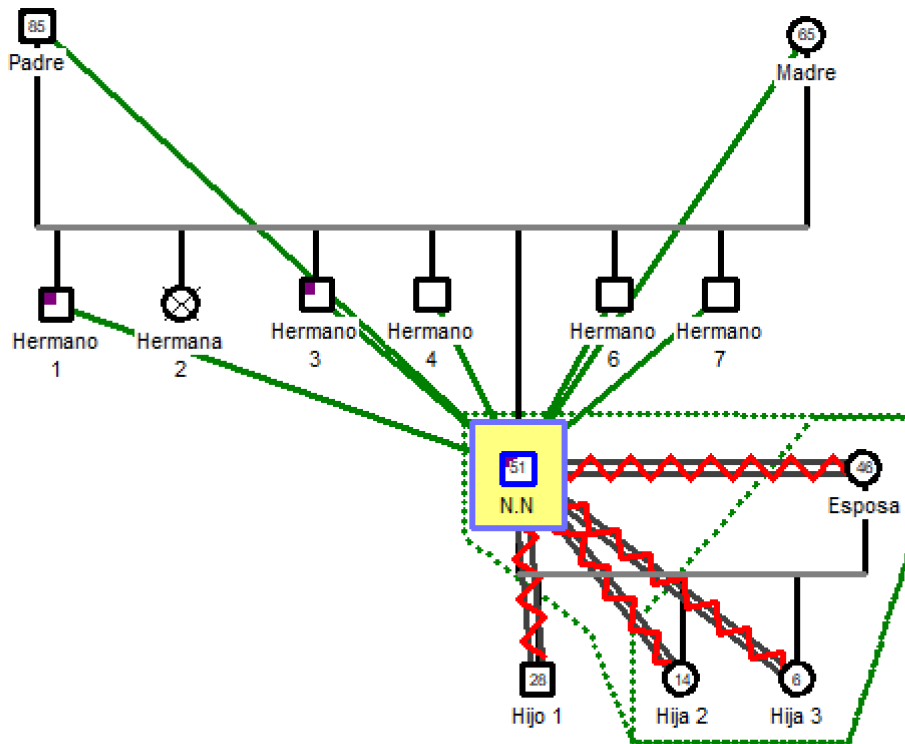
Reside en la ciudad de Loja desde los 15 años de edad aproximadamente, de religión católico, mantiene un nivel socioeconómico bajo. Con respecto a los antecedentes de enfermedades médicas y mentales, en el paciente y en su círculo familiar no existen antecedentes psiquiátricos, sin embargo, existen enfermedades médicas tanto en el usuario como en sus hermanos, siendo esta diabetes mellitus tipo 2.

Actualmente se encuentra internado en un Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas – CETAD por consumo problemático de alcohol, a continuación, se coloca la figura 1, en donde se observan las relaciones del paciente con su círculo familiar.

Dentro de la figura 1, que se muestra a continuación, se puede observar que el paciente tenía una relación sólida y afectuosa con sus padres, y ha logrado mantener una buena relación con sus hermanos, sin embargo, la relación que presenta con su esposa e hijos es conflictiva, generando así una dinámica disfuncional en su núcleo familiar.

Figura 1

Genograma familiar y leyenda de N.N.



Nota: en la presente figura se puede observar el genograma familiar y la leyenda, en donde constan los significados de las relaciones del paciente.

1.1.2 Motivo de consulta

El paciente es ingresado al centro de rehabilitación en noviembre de 2022, de forma involuntaria, a pedido de su esposa, dado que desde hace 30 años presenta un consumo problemático de alcohol, situación que ha venido empeorando con el tiempo.

En el momento del ingreso se encuentra en un estado de conciencia lúcido a pesar de haber ingerido bebidas alcohólicas el día previo, así también, manifiesta tener resaca, puesto que el consumir “punta”¹ suele ocasionarle dolores de cabeza y cansancio.

Dentro de la primera entrevista psicológica, posterior al periodo de adaptación que tuvo una duración de dos semanas aproximadamente, el paciente menciona estar de ánimo bajo debido al reciente internamiento y haber presentado los síntomas del síndrome de abstinencia tales como cefaleas, irritabilidad y deseo por consumir, no obstante se muestra orientado en tiempo, espacio y persona, sin embargo, presenta un nivel elevado de reticencia; además, se evidencia una higiene adecuada y vestimenta acorde a la edad y sexo correspondiente.

Por lo que la atención del paciente estará enfocada en trabajar las conductas relacionadas al consumo de alcohol, habilidades sociales y de esta forma reducir los deseos de consumo de N.N.

1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología

En cuanto a la niñez del paciente no existen situaciones consideradas relevantes, no obstante, en la adolescencia, residió en Quilanga hasta los 15 años de edad, posteriormente se traslada a la ciudad de Loja, en donde continúa sus estudios secundarios; refiere que durante esta etapa era callado, retraído y socializaba poco con sus compañeros de clase, sin embargo, tenía un mejor rendimiento académico en comparación a su infancia. Por otro lado, aduce que en tercer curso inició su primera relación sentimental, donde menciona que esta era de “inocencia” y existía un buen trato por ambas partes.

¹ Punta: bebida alcohólica tradicional elaborada a partir de la caña de azúcar, conocida también como licor artesanal o aguardiente.

Posteriormente, en cuarto curso, cuando tenía 17 años fallece su padre, evento que fue difícil de sobrellevar para el usuario, por lo cual pierde el periodo académico debido a las constantes faltas a clase. Por otra parte, N.N. considera que no tenía amigos de confianza en esta etapa de su vida; a pesar de todo, culmina en el mismo colegio sin ninguna novedad.

Ingresa a la Universidad a los 19 años de edad, en donde mantiene un rendimiento académico normal en toda la etapa universitaria. A los 20 años de edad conoce a su esposa, con quien inicia una relación amorosa, y hace mención que en esta edad inició el consumo de alcohol, en compañía de sus amistades de la universidad, situación sin relevancia para el paciente, puesto que, no llegó a un estado de embriaguez, sin embargo, refiere que se encontró “un poco mareado” después de beber. A partir de esta ocasión, el patrón de consumo se da con una frecuencia de una vez a la semana o cada 15 días aproximadamente, no se menciona la cantidad de alcohol ingerida por N.N. en esa etapa de su vida.

A los 22 años de edad, cuando N.N. cursaba el sexto semestre de la carrera de Derecho, él y su pareja deciden vivir juntos y formar una familia, siendo a los 23 años la edad en que se convierte en padre, puesto que nace su primogénito. Así mismo, menciona que a esta edad egresó de la carrera de Derecho, sin embargo, no se graduó, puesto que pensaba que no iba a necesitar de tal profesión, y debido a que, se encontraba laborando como comerciante lo que le permitía mantener un nivel socioeconómico alto.

A la edad de 40 años incrementa la intensidad del consumo por algunos días (máximo tres días consecutivos) y es en esta etapa evolutiva donde inicia el consumo de tabaco, siendo esta última sustancia consumida solo al momento de ingerir bebidas alcohólicas, el usuario manifiesta no tener un motivo específico que le conlleve al consumo, puesto que, lo hace cuando se presenta la ocasión (mayoritariamente en reuniones sociales) y siempre bebe en compañía.

Cabe destacar que, este consumo prolongado lo ha mantenido alrededor de 30 años y se ha incrementado en la última década, ocasionándole serios problemas familiares,

puesto que el psicólogo refiere que la familia ya no tolera el actuar del usuario y ha presentado conductas impulsivas y agresivas, situaciones que el usuario no reconoce. El paciente refiere que existen problemas matrimoniales, laborales y económicos que se derivan de su consumo de alcohol, y a decir del mismo “mientras no abandone el consumo no se podrán resolver”.

El paciente cuenta con factores que predisponen su consumo, siendo algunos de ellos el ambiente social en el que se desenvuelve, los problemas económicos y de pareja que mantiene debido al consumo de esta sustancia; a su vez, factores precipitantes, como la falta de habilidades de comunicación y asertividad, que le permitan a N.N. poder rechazar las invitaciones de consumo por parte de sus amigos; así también, existen factores mantenedores de la ingesta de alcohol, tales como, su círculo social con quienes consume bebidas alcohólicas, el disponer de tiempo libre que conlleven a ingerir alcohol y a su vez, el poseer dinero en efectivo que permitan que el paciente adquiera esta sustancia.

Actualmente, N.N. manifiesta que ingiere bebidas alcohólicas una vez a la semana o cada 15 días aproximadamente, mencionando que tiene necesidad de ingerir 4 vasos de licor para poder sentir los efectos del mismo, a su vez fuma alrededor de 4 tabacos durante la ingesta de alcohol, refiere haber consumido desde las 19:30 hasta 01:00 am aproximadamente, en esta ocasión existe un estado de embriaguez sin pérdida de conciencia, siendo el último consumo previo al ingreso al centro de rehabilitación.

Durante la primera semana de estadía en el centro de rehabilitación, el usuario manifestó cefaleas, irritabilidad, cansancio, las cuales cesaron con el pasar de los días, es decir, alrededor de la segunda semana de hospitalización. Así mismo, se evidencia que existe un nivel elevado de reticencia durante las primeras intervenciones, lo que dificulta la obtención de más información relacionada al patrón de consumo.

1.2 Proceso de Evaluación

El proceso de evaluación de N.N. fue de manera presencial, con una duración de 4 sesiones, de 50 minutos aproximadamente, esta fase se llevó a cabo mediante el uso de

técnicas psicológicas como entrevista, observación y aplicación de instrumentos psicológicos, a fin de poder recabar información para la elaboración de la historia clínica, el diagnóstico del paciente y posterior diseño de un plan terapéutico enfocado en las necesidades del usuario.

1.2.1 Entrevista con el paciente

En el presente estudio de caso se inició con la atención psicológica del paciente, mediante el uso de la entrevista psicológica, la cual se define como una técnica que se utiliza para la recolección de información y, por ende, para la evaluación, no obstante, es mucho más que eso, su capacidad para adaptarse a cada propósito y moldearla de acuerdo con las necesidades del entrevistado y el estilo del entrevistador le confiere una ventaja significativa sobre otras técnicas de evaluación psicológica debido a su versatilidad y flexibilidad (Perpiñá, 2012). Este método se lleva a cabo durante las dos sesiones, las cuales se detallan a continuación:

- **Primera entrevista:** en esta sesión se realizó el primer acercamiento con el paciente, donde se estableció rapport, en la presente se recabó información para la anamnesis personal y familiar, es decir todos los datos que nos permiten identificar al paciente y su relación con los miembros de su familia, además, se indagó acerca del inicio de consumo, frecuencia y cantidad de la ingesta de esta sustancia, factores que llevaron al consumo y demás. Durante la sesión el paciente se mostró con un nivel de reticencia moderado, evitando el contacto visual con los entrevistadores, así también, su tono de voz fue bajo y mencionó que se encontraba de ánimo bajo debido al reciente internamiento.
- **Segunda entrevista:** durante la sesión se evidenciaron niveles menores de reticencia en el paciente, mantuvo un estado positivo, mencionó encontrarse feliz y motivado respecto al proceso de recuperación que llevó. Se continuó con la entrevista psicológica, en donde se recabó información personal acerca de la

historia laboral, social, psicosexual y sobre patologías o psicopatologías presentadas por el paciente.

1.2.2 Observación clínica

Así mismo, se utilizó la técnica de observación que se define como una actividad humana que se presenta en todos los contextos, incluyendo la situación de evaluación entre el evaluador y el sujeto. Esto se da independientemente del modelo teórico utilizado por el evaluador (Fernández-Ballesteros, 2013). Se considera que la observación permite determinar el grado de habilidad que un individuo tiene en diferentes competencias a través de su actuación, sin embargo, para que los datos recopilados sean confiables y precisos, es importante que se definan con claridad los aspectos que se van a observar y se utilice un instrumento adecuado para registrar los datos y evaluar las observaciones realizadas (Cunill y Curbelo, 2020).

La observación fue positiva, puesto que, permitió, junto a la entrevista, conocer el estado mental del paciente, el cual se encontraba con un nivel de conciencia lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, con euprosxia; en cuanto a la memoria, se observa que presenta una leve dificultad en la memoria de trabajo, su pensamiento mantiene un curso, estructura y contenido sin alteraciones, no existen alucinaciones o delirios aparentes en cuanto a su sensorio; se observa un nivel alto de introspección, es decir que, el usuario es consciente de la enfermedad, pero no de las consecuencias relacionadas a los problemas familiares suscitados.

Así también, en cuanto a la inteligencia, se observa un nivel promedio, coherente a la edad. N.N. mantiene un tono de voz bajo, con un ritmo de habla normal, coherente y organizado; se evidencia tristeza en el usuario debido al internamiento, sin embargo, existe un nivel elevado de voluntad, puesto que mantiene una buena predisposición a la terapia, aunque al principio mostraba cierta reticencia para hablar del patrón de consumo. No se evidencia inquietud psicomotriz en el paciente, además, se conoce que mantiene una rutina y se acoge a los horarios establecidos en el centro de rehabilitación. Finalmente, sus instintos son normales y no existen problemas relacionados al sueño o alimentación.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Dentro del presente estudio de caso clínico, durante la tercera y cuarta sesión, se llevó a cabo la aplicación de instrumentos, los cuales fueron: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS-ASSIST V3.1), Mini Examen del Estado Mental (MMSE), Test de Laurretta Bender, Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT), Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung, Escala de Autovaloración de Depresión de Zung, Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA), Escala de evaluación del cambio, Universidad de Rhode Island (URICA), Escala de Impulsividad de Barratt, Cuestionario de personalidad (SEAPsl). Dichos instrumentos fueron seleccionados luego de haber analizado el motivo de consulta, así como la sintomatología presente en el paciente, estos evalúan diferentes variables como: consumo de sustancias, craving de alcohol, ansiedad, depresión, personalidad; las mismas que nos permiten llegar a un diagnóstico acertado.

Durante la aplicación de instrumentos el usuario se muestra con un estado de ánimo positivo, además, es colaborador y mantiene un contacto visual adecuado durante las sesiones de aplicación de test psicológicos.

A continuación, se evidencian los reactivos psicológicos con sus respectivas fichas técnicas.

- **Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS-ASSIST V3.1)**

El presente instrumento psicológico fue creado a fin de evaluar las sustancias que son consumidas por los individuos a quienes se aplica. En la tabla 1 se evidencia detalladamente los aspectos técnicos del test.

Tabla 1

(Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS-ASSIST V3.1)

Autor:	Investigadores de la Organización Mundial de la Salud (2008).
Aplicación	Individual-colectiva.
Tiempo	Entre 5 a 10 minutos.

Objetivo	Evaluar el consumo de distintas sustancias y el riesgo presente al consumir las mismas.
Tipo	Cuantitativo.
Numero de preguntas	8 preguntas.
Población	Mayores de 18 años de edad.
Escala	Tipo Likert: Pregunta 1 (“sí” o “no”). Preguntas 2, 3, 4, 5 (“nunca”, “una o dos veces”, “mensualmente”, “semanalmente”, “diariamente o casi diariamente”). Preguntas 6, 7, 8 (“nunca”, “sí, en los últimos tres meses”, “sí, pero no en los últimos tres meses”).
Calificación	Se suman las puntuaciones de la pregunta 2 a 7 de cada sustancia respectivamente (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras drogas).
Puntuación	Se proporciona una puntuación de riesgo para cada sustancia, y las puntuaciones se agrupan en 'riesgo bajo' de 3 o menos, 10 en caso de alcohol, 'riesgo moderado' de entre 4 y 26 (11 a 26 en alcohol) o 'riesgo alto' de 27 a más. La puntuación de riesgo determina el nivel de intervención recomendado (intervención breve o intervención breve más derivación a tratamiento especializado).
Confiabilidad y validez	Alfa (α) de Cronbach satisfactorio: tabaco (0.87), alcohol (0.93), marihuana (0.95), cocaína (0.98), anfetaminas (0.98), inhalantes (0.90), tranquilizantes (0.97), alucinógenos (0.98) y opiáceos (0.98) el análisis factorial exploratorio identificó un único factor que explica el 47% de la varianza.

Nota: Adaptado de Gobierno del Sur de Australia, (2022); Linage- Rivadeneyra y Gómez-Maqueo, (2013); Organización Panamericana De La Salud, (2010); Piedra et al., (2019); Tiburcio-Sainz et al., (2016).

- **Mini Examen del Estado Mental (MMSE):**

El test Mini Examen del Estado Mental (MMSE) fue elaborado por varios autores a fin de detectar el deterioro de algunas funciones cognitivas de los pacientes, abarca orientación temporal, espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura, dibujo. En la tabla 2 se evidencia la ficha técnica del instrumento.

Tabla 2*Mini Examen del Estado Mental (MMSE)*

Autores	Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang. (1975)
Aplicación	Individual.
Tiempo	Aproximadamente 15 minutos.
Objetivo	Detección rápida del deterioro de funciones cognitivas.
Tipo	Cuantitativo.
Numero de preguntas	11 preguntas.
Población	Adultos con posible deterioro cognoscitivo.
Escala	Se asigna un punto por cada acierto.
Calificación	Se suman las puntuaciones de las preguntas, se asigna un punto extra en caso de tener menos de 12 años de escolaridad.
Puntuación	Entre 30 y 27 puntos: No existe deterioro cognitivo. Entre 26 y 25 puntos: Existen dudas o pudiera existir un posible deterioro cognitivo. Entre 24 y 10 puntos: Existe un deterioro cognitivo de leve a moderado. Entre 9 y 6 puntos: Existe un deterioro cognitivo de moderado a severo. Menos de 6 puntos: Deterioro cognitivo severo. Aunque muy útil, esta prueba no nos proporcionaría un diagnóstico por sí sola. Por este motivo es necesario acompañarla de otras pruebas diagnósticas, así como entrevistas y exploraciones físicas.
Dimensiones	Orientación temporal, espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura, dibujo.
Confiabilidad y validez	El Alfa de Cronbach 0.807. La validez de contenido 0.8903.

Nota: Adaptado de Folstein et al., (2002); Ramírez et al., (2011).

- Test Gestáltico Visomotor de Bender:

El presente test proyectivo tiene como objetivo evaluar el funcionamiento visomotor y algunos aspectos de la visomotricidad, el mismo consta de 9 tarjetas con figuras que deben ser replicadas por el paciente. En la tabla 3 se evidencian las características del instrumento.

Tabla 3*Test Gestáltico Vismotor de Bender*

Autor:	Lauretta Bender (1946).
Aplicación	Individual.
Objetivo	Evalúa el funcionamiento visomotor y otros aspectos del funcionamiento cognitivo asociado a la visomotricidad.
Tipo	Cuantitativa.
Numero de reactivos	Contiene 9 tarjetas con figuras.
Población	De 4 a 85 años de edad.
Calificación	Todos los ítems son puntuados como uno o cero, como "presente" o "ausente". En esta escala se da un punto si se presenta el criterio y cero si no se encuentra.
Puntuación	Todos los puntos se suman formando un puntaje sobre el que se basan todos los datos normativos. Los criterios están dados con relación a signos de inmadurez, por lo que un mayor puntaje indica un nivel de madurez menor.
Dimensiones	Indicadores de lesión cerebral. Indicadores emocionales. Indicadores de personalidad.
Confiabilidad y validez	Consistencia interna (α de Cronbach) 0.80. La validez del Bender se obtuvo correlacionándolo con diferentes test como: Escala de Randall, Test de Goodenough, Escala de Pinter-Patterson; los resultados fueron satisfactorios.

Nota: Adaptado de Heredia et al., (2012); Merino, (2012).

- **Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT)**

El presente reactivo psicológico tiene como finalidad detectar en los usuarios a quienes se aplica, el consumo excesivo de alcohol y la gravedad de su consumo. Consta de 10 preguntas de tipo Likert con una puntuación máxima de 40 puntos. En la tabla 4 se evidencia su ficha técnica.

Tabla 4

Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT)

Autor:	Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. (1982).
Aplicación	Individual.
Tiempo	10 a 30 minutos.
Objetivo	Detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo.
Tipo	Cuantitativa.

Numero de preguntas	10 preguntas.
Población	Adultos.
Escala	Tipo Likert.
Calificación	Se suman las respuestas marcadas por la persona.
Puntuación	Las ocho primeras cuestiones tienen 5 posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango es de 0 a 40.
Dimensiones	Consumo de alcohol
Confiabilidad y validez	El alfa de Cronbach es de 0,8. Posee buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$) y con determinaciones analíticas, como la GGT ($r = 0,31$ en varones y $0,46$ en mujeres).

Nota: Adaptado de Organización Mundial De La Salud, (2001); Saunders et al., (1993).

- Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung

La Escala de Autovaloración de Ansiedad de William Zung, fue elaborada para medir los niveles de ansiedad presentes en los pacientes, tipo 20 preguntas de tipo Likert y se aplica en un tiempo estimado de aproximadamente 10 minutos. En la tabla 5 se exponen las características del instrumento psicológico.

Tabla 5

Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung

Autor:	W. Zung. (1965)
Aplicación	Individual.
Tiempo	10 minutos aproximadamente.
Objetivo	Identificarlos niveles de ansiedad.
Tipo	Cuantitativa.
Numero de preguntas	20 preguntas.
Población	Adultos.
Escala	Tipo Likert. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos, en donde (1) equivale a "Nunca o casi nunca", (2) "A veces", (3) "Con bastante frecuencia" y (4) "Siempre o casi siempre" respectivamente.
Calificación	Se suman los reactivos, posteriormente se coloca el puntaje dentro de la escala y se transforman a la escala basada en 100 (impresión global de equivalencia clínica).
Puntuación	Debajo de 45: dentro de los límites normales. No hay ansiedad presente.

	45 - 59: presencia de ansiedad mínima moderada. 60 - 74: Presencia de ansiedad marcada a severa. 75 o más: Presencia de ansiedad en grado máximo.
Dimensiones	Ansiedad.
Confiabilidad y validez	Los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung es de 0.66. La correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65.

Nota: Adaptado de de la Ossa et al., (2009); Grundi, (2017).

- Escala de Autovaloración de Depresión de Zung

Así también, el presente instrumento, tiene como objetivo detectar síntomas de depresión, consta de 20 preguntas tipo Likert, con una confiabilidad y validez óptima. En la tabla 6 se muestran sus características y propiedades psicométricas.

Tabla 6

Escala de Autovaloración de Depresión de Zung

Autor:	W. Zung (1965).
Aplicación	Individual
Tiempo	Aproximadamente 15 minutos
Objetivo	Permite identificar síntomas de depresión, pero no la intensidad de estos.
Tipo	Cuantitativo.
Numero de preguntas	20 preguntas.
Población	Adultos
Escala	Tipo Likert Escala de cuatro puntos (1) que representa “Muy pocas veces”, (2) “algunas veces”, (3) “muchas veces” y (4) “casi siempre” correspondientemente.
Calificación	Se suman los reactivos, posteriormente se coloca el puntaje dentro de la escala y se transforman a la escala basada en 100 (impresión global de equivalencia clínica).
Puntuación	<28 Sin depresión 28 – 41 Depresión leve 42 – 53 Depresión moderada >53 Depresión grave
Dimensiones	Depresión
Confiabilidad	Alfa de Cronbach (α) global de 0.887.

Nota: Adaptado de Bazán et al., (2018); Rivera et al., (2007).

- Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA)

La Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA), fue elaborada por diversos autores a fin de evaluar los deseos de consumo de las personas. En la tabla 7 se evidencian detalladamente los aspectos técnicos de la prueba.

Tabla 7

Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA)

Autor:	Guardia Serecigni, J., Segura García, L., Gonzalvo Cirac, B., Trujols Albet, J., Tejero Pociello, A., Suárez González, A. y Martí Gil, A. (2004).
Aplicación	Individual.
Tiempo	5 minutos aproximadamente.
Objetivo	Evaluar la intensidad del craving de alcohol.
Tipo	Cuantitativo.
Numero de preguntas	12 preguntas.
Población	Adultos.
Escala	Tipo Likert.
Calificación	Todos los ítems se responden utilizando la misma escala de respuesta: 1= muy de acuerdo; 2= Bastante de acuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= Bastante en desacuerdo; 5= muy en desacuerdo. La corrección de la Escala da lugar a dos puntuaciones parciales, una para cada factor, y una puntuación global: La puntuación del factor desinhibición conductual se obtiene de la suma de los ítems 4 y 12, invirtiendo en este caso las puntuaciones. La puntuación para el factor deseo se obtiene de la suma de los ítems restantes. Finalmente, con la suma de las puntuaciones de ambos factores se consigue la puntuación global de la Escala.
Puntuación	<i>Deseo de beber:</i> ausente (10), leve (11-17), moderado (18-34), intenso (>34). <i>Desinhibición conductual:</i> ausente (2), leve (3), moderado (4-7), intenso (>7).

	<i>Puntuación global de craving: ausente (12), leve (13-22), moderado (23-40), intenso (>40).</i>
Dimensiones	Craving (deseo). Desinhibición conductual.
Confiabilidad y validez	La consistencia interna de la escala fue de $\alpha = 0,94$.

Nota: Adaptado de Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España, (2009); Guardia-Serecigni et al., (2004).

- Escala de evaluación del cambio Universidad de Rhode Island (URICA)

La presente Escala de evaluación del cambio Universidad de Rhode Island (URICA), tiene como finalidad evaluar en que estadio se encuentra el paciente y su disposición al cambio. En la tabla 8 se exponen las características del instrumento.

Tabla 8

Escala de evaluación del cambio, Universidad de Rhode Island (URICA)

Autor:	McConnaughy, E.A., DiClemente, C., Prochaska, J.O. y Velicer, W.F. (1989).
Aplicación	Individual
Tiempo	De 5 a 10 minutos.
Objetivo	Evaluar el grado de intención, disposición o actitud con relación al cambio.
Tipo	Cuantitativo.
Numero de preguntas	32 ítems.
Población	Adultos
Escala	Tipo Likert con respuesta de 5 anclajes.
Calificación	Se valora mediante una escala Likert de cinco puntos donde 1= totalmente en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo. La distribución de ítems en función del estadio al que pertenecen es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Pre-contemplación: 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. • Mantenimiento: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.
Puntuación	Se obtiene una puntuación para cada uno de los estadios resultado de la suma de las respuestas que el sujeto ofrece en cada uno de los ítems que los integran.
Dimensiones	Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.
Confiabilidad y validez	Los resultados de confiabilidad obtuvieron valores excelentes en el análisis por el coeficiente de alfa de Cronbach ($\alpha = ,963$).

Nota: Adaptado de Basurto, (2017); Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España, (2009).

- **Cuestionario de personalidad (SEAPSI)**

Del mismo modo, el cuestionario de personalidad (SEAPSI), tiene como objetivo identificar los rasgos de personalidad presentes en el individuo, el instrumento contiene 10 preguntas con 10 ítems cada una. En la tabla 9 se detallan los aspectos técnicos del reactivo y sus propiedades psicométricas.

Tabla 9

Cuestionario de personalidad (SEAPSI)

Autor:	Balarezo, L. (2004).
Aplicación	Individual/Colectiva
Objetivo	Identificar rasgos predominantes de personalidad
Tipo	Cuantitativo
Numero de preguntas	Contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 ítems de alternativa de selección.
Población	A partir de 15 años de edad.
Calificación	Se suman las afirmaciones de cada A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, la repuesta oscila entre 0-10.
Puntuación	Se obtiene una puntuación para cada una de las personalidades.
Dimensiones	Personalidades Afectivas: Histriónica y Ciclotímica, Personalidades Cognitivas: Anancástica y Paranoide, Personalidades Comportamentales: Inestable y Disocial; y las Personalidades con déficit en la relación: Evitativa, Dependiente, Esquizoide y Esquizotípica.
Confiabilidad y validez	Confiabilidad de 0,79.

Nota: Adaptado de Muñoz, (2018); Rodas, (2015).

- **Escala de Impulsividad de Barratt**

Por último, la Escala de Impulsividad de Barratt, permite evaluar la impulsividad presente en los usuarios, en la tabla 10 se puede evidenciar la ficha técnica del instrumento.

Tabla 10

Escala de Impulsividad de Barratt

Autor:	Barratt
Aplicación	Individual/Colectiva
Tiempo	15 minutos aproximadamente.
Objetivo	Evaluar la impulsividad
Tipo	Cuantitativo
Numero de preguntas	30 preguntas.
Población	A partir de 15 años.
Escala	Tipo Likert con 4 respuestas
Calificación	Las cuatro opciones de respuesta posible se puntúan de la siguiente manera 0-1-3-4 excepto (1,5,6,7,8,10,11,13,17,19,22 y 23) que puntúan al revés. Raramente o Nunca= 0 Ocasionalmente= 1 A menudo=3 Siempre o casi siempre= 4
Puntuación	La puntuación total será la suma de los puntos alcanzados en todos los ítems, por lo que dicha puntuación oscilaría entre 0 y 120.
Dimensiones	Impulsividad Cognitiva. Impulsividad Motora Impulsividad no Planeada
Confiabilidad y validez	Confiabilidad de 0,80 Análisis factorial se han propuesto varias soluciones con 3 o 6 factores principales., La equivalencia conceptual y la equivalencia de la escala fueron correctas. La proporción de concordancia oscila entre 0,67 y 0,8

Nota: Adaptado de Barbosa et al., (2017).

Luego de haber explicado detalladamente las características técnicas de los instrumentos psicológicos aplicados en la fase de evaluación inicial, en la Tabla 11, se procede a explicar los resultados obtenidos en la aplicación de los mismos.

Tabla 11

Instrumentos psicológicos aplicados

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS-ASSIST V3.1)	Alcohol: 34 puntos. Tabaco: 15 puntos.	Alcohol: Tratamiento más intensivo. Consumo alto, lo que significa que el usuario corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos,

<p>Mini Examen del Estado Mental (MMSE): Test de Laurretta Bender:</p>	<p>Puntuación total: 27 puntos. Indicadores de lesión cerebral: 6 signos. Indicadores de trastorno emocional: un signo.</p>	<p>legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y es probable que sea dependiente.</p> <p>Tabaco: Recibir intervención breve. El usuario presenta un consumo moderado, lo que significa que corre un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.</p> <p>El usuario no presenta un deterioro cognitivo aparente.</p> <p>Indicadores de lesión cerebral: se obtuvieron 6 signos lo que significa que el usuario presenta Franca Organicidad aparentemente.</p> <p>Indicadores de trastorno emocional: se obtuvo un signo, lo que significa que el usuario no presenta un trastorno emocional aparentemente.</p> <p>Personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad, afectividad bloqueada, conducta retraída, inhibición, constricción y timidez. - Meticulosidad - Incertidumbre y búsqueda de seguridad - Falta de atención a los límites, falta de preocupación por los demás, agresividad con el ambiente. <p>Inestabilidad emocional.</p>
--	--	--

Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT)	Puntuación total: 20 puntos	El usuario presenta una probable adicción y su consumo de alcohol le esté causando daños.
Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung	Puntuación total: 30 puntos.	Que corresponde a 38 dentro del índice EAD. El usuario se encuentra aparentemente dentro de los límites normales, es decir no hay ansiedad presente.
Escala de Autovaloración de Depresión de Zung	Puntuación total: 33 puntos.	Que corresponde a 41 dentro del índice EAD. El usuario se encuentra aparentemente dentro de los límites normales.
Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA)	Puntuación total: 20 puntos. - Desinhibición conductual: 3 puntos. - Deseo de beber: 17 puntos.	El usuario mantiene aparentemente deseos leves de consumir alcohol. En las subescalas se obtuvo: - Desinhibición conductual: que corresponde a un nivel leve. - Deseo de beber: que corresponde a un nivel leve.
Escala de evaluación del cambio, Universidad de Rhode Island (URICA)	Puntuación total: 35 puntos.	Se obtuvo un puntaje total alto de disposición al cambio, encontrándose dentro del estadio de acción.
Cuestionario de personalidad (SEAPSI)	Anancástico: 8 puntos Dependiente: 8 puntos Paranoide: 7 puntos Esquizoide: 7 puntos Histriónico: 6 puntos Evitativo: 6 puntos	El usuario presenta aparentemente rasgos de personalidad anancástica y dependiente, que puede manifestarse por la búsqueda de perfección, control de detalles, y depender de otras personas para tener un bienestar

Escala de Impulsividad de Barratt	Puntuación total: 14 puntos	El usuario presenta valores inferiores en comparación a la mediana de distribución.
	- Impulsividad cognitiva: 5	
	- Impulsividad motora: 0	Lo que indica que no existe impulsividad cognitiva, motora y no planeada, sin embargo, de acuerdo con el psicólogo del centro, existen conductas impulsivas, manifestadas por insultos, agresiones en el hogar.
	- Impulsividad no planeada: 9	

Nota: la presente tabla describe las puntuaciones obtenidas durante la fase de evaluación inicial.

Una vez analizados los instrumentos aplicados, se puede observar que existe mayor puntuación en los siguientes reactivos: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS-ASSIST V3.1) con una puntuación de 34 y 15 en las sustancias alcohol y tabaco respectivamente, necesitando un tratamiento intensivo en el caso del alcohol y uno breve en lo que respecta al tabaco, dentro del Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT) obtuvo 20 puntos que corresponden a una probable adicción, así también, en la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) puntuó 20 puntos que significa deseos leves de consumo; estos instrumentos corresponden a las variables de: consumo de alcohol y tabaco, probable adicción, deseos de consumo (craving de alcohol). Sin embargo, dentro de la Escala de evaluación del cambio, Universidad de Rhode Island (URICA) mantiene una alta disposición al cambio (35 puntos), lo que contribuye a que el paciente se acoja a la terapia.

1.3 Proceso Diagnóstico

Una vez realizado el proceso de evaluación, es decir, la entrevista, observación y aplicación de instrumentos psicológicos, se procedió a analizar los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, el cual es una herramienta práctica y flexible que clasifica y organiza los trastornos mentales y establece criterios específicos para cada uno, con el fin de mejorar la precisión en su diagnóstico, siendo así que se convierte en una herramienta

- **Abstinencia de alcohol**

Tabla 13

Criterios de Abstinencia de alcohol

Criterios que cumple	Criterios que no cumple
Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.	<p>Aparecen dos (o más) síntomas a poco tiempo del cese (o reducir) el consumo de alcohol: Hiperactividad del sistema nervioso autónomo, temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad, convulsiones.</p> <p>Los signos o síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas de funcionamiento del paciente.</p> <p>Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.</p>

Nota: Adaptado de DSM-V (APA, 2014).

Con base a lo establecido anteriormente en la Tabla 13, se puede determinar que se consideró la abstinencia por alcohol debido a que, existe un cese prolongado de consumo de alcohol, lo cual generó malestar en el paciente, sin embargo, este no es significativo porque no cumple con los síntomas requeridos para el trastorno, los cuales son hiperactividad del sistema nervioso autónomo, temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad, convulsiones; referente a los síntomas presentados por N.N., estos son, cefaleas, irritabilidad y deseos de consumir.

- **Trastorno por consumo de alcohol grave en un entorno controlado (303.90)**

Tabla 14

Trastorno por consumo de alcohol grave en un entorno controlado

Criterios que cumple	Criterios que no cumple
Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca malestar clínicamente significativo y que se manifiesta por algunos hechos en un plazo de 12 meses.	-Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

-
- Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 - Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
 - Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 - Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
 - Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 - Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
 - El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 - Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
 - Tolerancia, definida por una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
-

Nota: Adaptado de DSM-V (APA, 2014).

En base a lo ya mencionado en la Tabla 14, el presente trastorno fue tomado en cuenta debido a que cumple con los criterios diagnósticos establecidos dentro del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-V), siendo dos los criterios mínimos requeridos para que este pueda ser considerado como un trastorno. En el siguiente apartado se detallan los criterios que cumplen para ser tomado como un diagnóstico final.

1.3.2 Diagnóstico Final.

Como se menciona en Guerra et al., (2017), las hipótesis o diagnóstico presuntivo se aprueban o rechazan una vez se han aplicado exámenes complementarios, aunque no es fundamental llevarlos a cabo para llegar a un diagnóstico final, es por esto que el diagnóstico final se realiza en base a la entrevista clínica, los criterios y el juicio clínico, a partir de la información recopilada y el juicio clínico del profesional de la salud mental, se puede llegar a un diagnóstico final preciso y completo (APA, 2014).

Es por tal motivo que, en base a los criterios analizados de los trastornos seleccionados, se establece el siguiente diagnóstico definitivo para el paciente:

- **303.90 Trastorno por consumo de alcohol grave en un entorno controlado**

Se determina el trastorno anteriormente mencionado debido a que, cumple con los criterios establecidos dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), cumpliendo con el criterio A, que hace referencia al patrón problemático de consumo de alcohol que provoca malestar clínicamente significativo y que se manifiesta por algunos hechos en un plazo de 12 meses.

Inicialmente, se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto, este hecho se cumple, puesto que N.N. mantenía un consumo de 8 a 15 días aproximadamente, llegando a ingerir alcohol durante varios días seguidos, así también, existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol, en este caso el usuario manifiesta haber intentado abandonar el consumo de la sustancia en varias ocasiones sin embargo, no fue capaz de alcanzar el objetivo.

Así mismo, se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos, este hecho puede evidenciarse debido a que, el paciente solía ingerir bebidas alcohólicas por varios días consecutivos, además, existe un intenso deseo o necesidad de consumir alcohol, lo cual puede comprobarse en el test de craving de alcohol, mencionado en apartados anteriores.

Del mismo modo, el consumo recurrente de alcohol lleva al incumplimiento de los deberes en el trabajo, la escuela o el hogar, y provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio, estos criterios se cumplen, puesto que el usuario manifestó que muchas veces no acudía a su trabajo o perdía algunos viajes a causa del consumo de esta sustancia.

Asimismo, el consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, debido a los efectos del alcohol, este apartado se puede evidenciar en los distintos problemas familiares y de pareja, manifestados por discusiones constantes que presenta el usuario.

Sin embargo, el criterio acerca del consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico no se cumple, puesto que N.N. no ha tenido o provocado algún accidente físico, o, a decir del paciente, nunca se ha puesto en situaciones de peligro al momento de consumir alcohol. No obstante, en cuanto al criterio acerca de continuar el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol, este si está presente, puesto que, el paciente mantiene una patología física como lo es la Diabetes mellitus tipo 2, aun así, las conductas de consumo se mantienen.

Posteriormente, presenta tolerancia, definida por una necesidad de consumo de una cantidad mayor de alcohol, y un efecto reducido tras la ingesta continua de la misma cantidad de alcohol, se observa que N.N. actualmente necesita de alrededor de 4 vasos de licor o “punta” para poder sentir los efectos de la sustancia. Referente a la abstinencia se evidencia que no cumple con el criterio, puesto que los síntomas, ya mencionados con anterioridad, no son suficientes para considerar un trastorno por abstinencia.

Finalmente, se consideró el trastorno por consumo de alcohol grave en un entorno controlado (303.90) a causa de que se cumplen con más de seis de los hechos anteriormente mencionados, además, el paciente se encuentra en institucionalización, por lo que se considera un entorno controlado.

Capítulo dos

Metodología

2.1. Tratamiento/Intervención

El presente plan de intervención psicoterapéutica tiene un enfoque cognitivo conductual, está compuesto por 10 sesiones, con un tiempo estimado de 50 minutos aproximadamente, de las cuales ocho fueron sesiones terapéuticas, una de ellas se destinó al cierre terapéutico y una sesión de seguimiento. Estas se llevaron a cabo de forma presencial de una a dos veces por semana y tiene como objetivo modificar conductas relacionadas con el consumo de alcohol, a través de herramientas y técnicas psicológicas.

2.1.1. *Objetivos terapéuticos*

- Brindar información a través de la psicoeducación con relación a temas acerca del consumo de sustancias y situaciones que generan malestar en el paciente.
- Prevenir posibles caídas, recaídas y situaciones de riesgo a través de herramientas de afrontamiento de situaciones diarias y habilidades sociales que le permitan al paciente rechazar peticiones de consumo.
- Disminuir el deseo de consumo y modificar conductas relacionadas al consumo mediante de aplicación de técnicas psicológicas.
- Reducir pensamientos intrusivos y síntomas ansiosos a través de técnicas psicológicas.
- Elaborar un plan de vida junto al paciente que permita contar con opciones una vez fuera del centro de rehabilitación.

2.1.2. *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 15

Plan psicoterapéutico

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVOS	TÉCNICA	OBSERVA CIÓN
--------	-------------------------	-----------	---------	-----------------

1	<p>Brindar información a través de la psicoeducación en relación a temas acerca del consumo de sustancias y situaciones que generan malestar en el paciente. Reducir pensamientos intrusivos y síntomas ansiosos a través de técnicas psicológicas.</p>	<p>Aumentar el grado de conciencia sobre las consecuencias del consumo prolongado de alcohol y tabaco. Disminuir la activación fisiológica a fin de afrontar los deseos de consumir.</p>	<p>Psicoeducación sobre consecuencias del consumo de alcohol y tabaco. Técnica de respiración profunda.</p>	
2	<p>Brindar información a través de la psicoeducación en relación a temas acerca del consumo de sustancias y situaciones que generan malestar en el paciente. Disminuir el deseo de consumo y modificar conductas relacionadas al consumo mediante de aplicación de técnicas psicológicas.</p>	<p>Psicoeducar sobre los pensamientos distorsionados en el consumo de sustancias. Modificar las creencias erróneas acerca del consumo de alcohol y tabaco. Reconocer la responsabilidad en el consumo.</p>	<p>Psicoeducación sobre los pensamientos distorsionados más comunes en el consumo de sustancias. Reestructuración cognitiva mediante diálogo socrático. Técnica reatribución de responsabilidad.</p>	<p>Tarea: registro de pensamientos.</p>
3	<p>Disminuir el deseo de consumo y modificar conductas relacionadas al consumo mediante de aplicación de técnicas psicológicas.</p>	<p>Promover el desarrollo de estrategias que permitan afrontar situaciones de consumo.</p>	<p>Control de estímulos. Técnica de imaginación sustitución por imagen negativa.</p>	<p>Tarea: identificar y anotar los principales problemas</p>

4	<p>Brindar información a través de la psicoeducación en relación a temas acerca del consumo de sustancias y situaciones que generan malestar en el paciente. Disminuir el deseo de consumo y modificar conductas relacionadas al consumo mediante de aplicación de técnicas psicológicas.</p>	<p>Brindar información sobre los conflictos interpersonales, ira, agresividad y violencia intrafamiliar. Mejorar la autorregulación emocional. Potenciar las habilidades para la toma de decisiones y resolución de problemas.</p>	<p>Psicoeducación sobre los conflictos interpersonales, la impulsividad y violencia intrafamiliar. Técnica de detención del pensamiento. Técnica de entrenamiento en resolución de problemas.</p>
5	<p>Brindar información a través de la psicoeducación en relación a temas acerca del consumo de sustancias y situaciones que generan malestar en el paciente. Prevenir posibles caídas, recaídas y situaciones de riesgo a través de herramientas de afrontamiento de situaciones diarias y habilidades sociales que le permitan al paciente rechazar peticiones de consumo.</p>	<p>Generar mayor conciencia sobre cómo influye la presión social en el consumo de sustancias. Mejorar las relaciones interpersonales mediante una comunicación asertiva. Aprender a rechazar situaciones de consumo.</p>	<p>Psicoeducación sobre la presión social como factor de riesgo para el consumo. Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad) mediante role playing. Técnica del disco rayado.</p>
6	<p>Prevenir posibles caídas, recaídas y</p>	<p>Desarrollar otras alternativas para afrontar</p>	<p>Técnica banco de niebla.</p>

	situaciones de riesgo a través de herramientas de afrontamiento de situaciones diarias y habilidades sociales que le permitan al paciente rechazar peticiones de consumo.	las situaciones diarias que generan el consumo de sustancias. Entrenar en situaciones diarias que podría llevar a un consumo.	Técnica del sándwich. Técnica de role-playing sobre situaciones sociales de consumo poniendo en práctica las técnicas previamente aprendidas.	
7	Prevenir posibles caídas, recaídas y situaciones de riesgo a través de herramientas de afrontamiento de situaciones diarias y habilidades sociales que le permitan al paciente rechazar peticiones de consumo.	Entrenar al usuario para la prevención de recaídas	Psicoeducación sobre la prevención de recaídas, y acerca de las situaciones de alto riesgo. Planificar crisis y recaídas mediante modelado encubierto.	Tarea: proyecto de vida
8	Elaborar un plan de vida junto al paciente que permita contar con opciones una vez fuera del centro de rehabilitación.	Elaborar un plan de vida a mediano y largo plazo para la obtención y cumplimiento de metas fuera del centro. Evaluar indicadores post-tratamiento	Proyecto de vida. Aplicación de test post tratamiento.	
9		Finalizar las intervenciones psicológicas una vez facilitadas herramientas y estrategias para afrontar los desafíos cotidianos de forma efectiva.	Devolución de resultados de test postratamiento. Aplicación de escala de satisfacción con el tratamiento recibido. Cierre terapéutico mediante la Técnica Narrativa: "Consejo de experto".	

10	Evaluar el proceso de Entrevista. intervención después de Aplicación de test de un mes. seguimiento (Ansiedad Aplicar reactivos de Zung, EMCA, psicológicos. URICA).
----	--

Nota: la presente tabla detalla el plan psicoterapéutico aplicado en el paciente.

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

Sesión 1:

La presente sesión estuvo enfocada en trabajar psicoeducación sobre consecuencias de consumo, mediante el uso de las técnicas de psicoeducación, la cual pretende abordar, no solo el diagnóstico, sino situaciones cotidianas que pueden ser un problema debido a la falta de información que tiene la persona en una crisis no normativa, además considera los procesos cognitivos, biológicos y sociales específicos de cada individuo para fomentar la independencia y mejorar el nivel de vida (Bulacio et al., 2004).

Del mismo modo, se abordó la técnica de respiración profunda, que es aquella que pretende lograr un ritmo de respiración fisiológicamente apropiado que resulte efectivo para reducir los distintos problemas respiratorios (Ruiz-Fernández et al., 2012).

La técnica tiene algunos pasos: primero sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda, después imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos. Se empieza a respirar y notar cómo se llenará de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos y mantener la aspiración mientras se repite interiormente “mi cuerpo está relajado”. Luego se exhala el aire despacio, mientras uno mismo se dan indicaciones o sugerencias de relajación (Ruiz-Fernández et al., 2012).

El entrenamiento mediante este ejercicio consiste, en general, en realizar 4 o 5 ejercicios de respiración seguidos y repetir los ejercicios entre diez y quince veces al día, por la mañana, tarde, noche, y especialmente en situaciones estresantes (Ruiz-Fernández et al., 2012).

De tal manera que la sesión se desarrolló de la siguiente forma: el usuario se encontró tranquilo en el transcurso de la sesión, con un ánimo positivo; primeramente, se socializaron los resultados obtenidos en la aplicación de instrumentos psicológicos, posteriormente, se realizó la psicoeducación acerca de las consecuencias del consumo de alcohol y tabaco, en este apartado se abordó la definición, la clasificación de sustancias, daños que trae consigo el consumo de estas sustancias, evidenciándose que el paciente se mostró atento a dicha explicación y participó de la misma. Luego se explicó que son las técnicas de respiración, su uso, cómo y en qué momentos aplicarlas, en este espacio se realizó un ejercicio de respiración para que el usuario comprenda a profundidad como llevar a cabo la técnica y se indicó que debe realizar la respiración 3 veces al día durante la última semana.

Finalmente, la sesión fue exitosa, puesto que el paciente logró conocer los resultados obtenidos de los reactivos aplicados, así también, consecuencias del consumo de alcohol y tabaco a corto, mediano y largo plazo. A su vez, el paciente comprendió el uso de las técnicas de respiración y cómo estas le ayudarán a aliviar síntomas de ansiedad o estrés en su vida cotidiana.

Sesión 2:

En esta sesión terapéutica se trabajó los pensamientos distorsionados en el paciente mediante la técnica de psicoeducación, cuya definición ha sido detallada con anterioridad; también se aplicó la técnica de reestructuración cognitiva mediante diálogo socrático que tiene por objetivo que las personas se enfoquen en los aspectos positivos de la vida y amplíen su perspectiva más allá de los síntomas psicofísicos, busca provocar una disonancia cognitiva, a través del descubrimiento guiado del terapeuta mediante preguntas sistemáticas y lo guía en la evaluación crítica de sus pensamientos para que así este tenga que reconsiderarlos, el terapeuta fórmula más preguntas que respuestas para que sea el paciente quien lleve la carga de la prueba sobre sus creencias. Es importante que se empoderen y expresen sus recursos personales, tomen decisiones responsables y definan

la esencia de sus problemas (Bados y García, 2010; Jaramillo-Moreno, 2010; Partarrieu, 2011).

Del mismo modo, se hace uso de la técnica retribución de responsabilidad que es de tipo cognitivo y se enfoca en explorar las causas que los pacientes atribuyen a una situación específica. Su objetivo es ayudar al paciente a evaluar dichas causas para discutir las y ajustar sus creencias, orientándolo hacia una perspectiva más realista, objetiva y funcional (Castillero, 2019). Está “encaminada a modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de locus de control (interno/ externo), estabilidad (estable/inestable) y especificidad” (Ruiz-Fernández et al., 2012, p.390).

Es así que, durante el desarrollo de la sesión, el usuario presentó un estado de ánimo normal, al igual que su tono de voz, fue colaborador y honesto. Como primero se realizó la revisión de la tarea, en donde manifestó haberla cumplido a cabalidad; como segundo, se continuó con una psicoeducación acerca de los pensamientos distorsionados, qué son, como identificarlos, etc., a fin de que el paciente pueda reconocer aquellos que le están causando malestar y de esta forma poder trabajar en ellos, se evidencia que las distorsiones presentes en el usuario se relacionan a su núcleo familiar; posteriormente se aplicó la reestructuración cognitiva mediante el diálogo socrático, es en este apartado el terapeuta guía al paciente realizando diversas preguntas acerca del consumo de sustancias, y a su vez la técnica de retribución de responsabilidad, a fin de evitar un locus de control externo. Se envía de tarea un registro de pensamientos, para conocer aquellos pensamientos distorsionados o negativos en el usuario.

Finalmente, la sesión fue exitosa, puesto que, el paciente logra conocer qué son las distorsiones cognitivas y como puede reconocerlas, a su vez, pudo comprender que el consumo que presenta no se debe a factores externos, tomando de esta forma responsabilidad de estas acciones.

Sesión 3:

La presente sesión terapéutica fue enfocada en control estimular, esta se llevó a cabo mediante la técnica de control de estímulos, que es aquella que busca reducir y eliminar

todos aquellos factores del ambiente que pueden predisponer a la persona a que consuma, esta tiene por objetivo cambiar el ambiente en el que se desarrolla la conducta adictiva para prevenir su ocurrencia y promover conductas alternativas más saludables (Beck et al., 2019; Caballo, 2007; Ruiz-Fernández et al., 2012).

Para llevar a cabo la técnica es importante primeramente poder identificar los estímulos o factores que desencadenan la conducta adictiva, luego se procede a modificar el ambiente en el que se desarrollan o producen para lograr reducir la exposición a dichos estímulos, generalmente se debe introducir nuevos estímulos y lograr reforzarlos a fin de promover conductas más saludables para la persona (Beck et al., 2019; Caballo, 2007; Ruiz-Fernández et al., 2012).

Así también, se aplicó la técnica de imaginación sustitución por imagen negativa, la cual explica que, durante las etapas iniciales de recuperación, es frecuente que los individuos experimenten visiones o fantasías relacionadas con el consumo, e incluso sueñen con las sustancias. Estas representaciones suelen retratar el consumo de drogas como una forma de lidiar con la angustia que están experimentando, y estas imágenes generalmente tienen una connotación positiva. Para abordar esta situación, resulta beneficioso que el paciente sustituya estas imágenes por representaciones negativas que muestren las consecuencias desafortunadas de consumir drogas, como sentirse impotente y desesperanzado después de un período de abstinencia, o experimentar la pérdida de dinero, empleo o relaciones personales (Beck et al., 2019).

Es así que, la sesión terapéutica se llevó a cabo con el paciente, quien mencionó sentirse de estado de ánimo estable colaboró activamente y mantuvo un contacto visual óptimo y un tono de voz normal a lo largo de la sesión. Además, su vestimenta fue acorde a su edad y sexo y presentó una higiene adecuada. Como primero se socializó los temas tratados en la sesión anterior y se revisó la tarea enviada, posteriormente se trabajó el control de estímulos, en donde el usuario mencionó algunos factores que le conllevan al consumo, tales son, tener tiempo libre, dinero en efectivo, entre otros, y así también, se desarrolló la técnica de sustitución por imagen negativa en donde cada vez que existan

deseos de consumo el usuario evocará recuerdos negativos de su consumo, es decir, todos aquellos momentos por los cuales atravesó al ingresar al centro, entre otros. Se envía una tarea, en donde el usuario debe anotar dos problemas que considere mantiene en ese momento.

Finalmente, se considera a la sesión como exitosa, puesto que el usuario logra reconocer algunos factores que llevan al consumo, además, recuerda todo el proceso por el cual ha atravesado hasta el momento, sin embargo, manifiesta que se mantiene motivado y no pretende consumir una vez se encuentre fuera del centro de rehabilitación.

Sesión 4:

En esta sesión se trabajó en habilidades de toma de decisiones, mediante técnicas como psicoeducación sobre los conflictos interpersonales, la impulsividad y violencia intrafamiliar, cuya definición y procedimiento han sido explicados en sesiones anteriores; además de la técnica de detención del pensamiento, la cual busca incrementar la sensación de control sobre los contenidos cognitivos (pensamientos rumiativos), aumentando la autoeficacia y el bienestar personal (Ruiz-Fernández et al., 2012).

Esta técnica cuenta con varios pasos, los cuales son, como primero el paciente debe cerrar los ojos e imaginar esas situaciones que le generan malestar o pensamientos disfuncional, cuando el cliente está concentrado en esa rutina mental, el terapeuta grita “stop” a la vez que da un fuerte golpe sobre la mesa, evidentemente el sujeto abre los ojos, desconcertado y el terapeuta le pregunta si en ese mismo momento está pensando todavía sobre el hecho acontecido. Siendo estos pensamientos desadaptativos interrumpidos por el terapeuta, se ejecuta el ejercicio varias veces en alta voz y luego automáticamente (Labrador, 2008; Ruiz-Fernández et al., 2012).

Del mismo modo, se aplicó posteriormente la técnica de entrenamiento en resolución de problemas, la cual tiene por objetivo capacitar a las personas para que identifiquen sus dificultades, encuentren soluciones apropiadas y apliquen la mejor opción en la situación en la que se presente el problema, mejorando de esta forma el entorno en el que se desenvuelve y el malestar psicológico, esta técnica se realiza con algunos pasos que se

describen a continuación: como primero se define el o los problemas con términos específicos y claros, posteriormente se realiza una lluvia de ideas con algunas soluciones posibles para cada problema presentado, examinando cada pros y contras de las propuestas. Se procede a elegir la opción que sea más viable a fin de que esta pueda ser implementada o puesta en práctica y finalmente se evalúa el resultado obtenido de dichas soluciones (Beck et al., 2019; Becoña, 2016).

Es así que, el paciente, en la presente sesión se mantuvo en silencio, participó solo cuando fue necesario, se denotó un estado de ánimo bajo, el contacto visual fue normal, sin embargo, su tono de voz fue bajo a comparación de previas sesiones. Durante la sesión se trabajó primero una psicoeducación sobre conflictos interpersonales, ira, agresividad y violencia intrafamiliar, en donde fue evidente el interés de N.N. en el tema tratado; como siguiente, se aplicó la técnica de detención del pensamiento a fin de evitar aquellos pensamientos intrusivos que el usuario podría mantener, posteriormente se llevó a cabo la técnica de entrenamiento en resolución de problemas, para la cual se hizo uso de la tarea enviada en la sesión previa, puesto que a partir de los problemas manifestados por el paciente se fueron creando junto al paciente, tomando en cuenta los pasos establecidos, posibles soluciones viables que permitan resolverlos.

Se puede mencionar que la sesión desarrollada fue satisfactoria, puesto que el paciente logró conocer, gracias a la psicoeducación brindada, más información acerca de los conflictos interpersonales, la impulsividad y violencia intrafamiliar, denotándose interés en el tema abordado, además se reforzó la técnica de detención del pensamiento, puesto que fue trabajada en terapia grupal, sin embargo, el usuario manifestó no recordarla, es por esto que se explicaron los pasos del proceso; a su vez, se utilizó los problemas enviados de tarea para realizar la técnica de resolución de problemas, en donde se el usuario pudo desarrollar junto a la guía de los terapeutas, posibles soluciones a aquellos problemas que mantiene.

Sesión 5:

La presente sesión está enfocada en trabajar habilidades sociales, mediante las técnicas de psicoeducación, que fue mencionada y detallada en apartados anteriores; a su vez, la técnica de entrenamiento en habilidades sociales mediante role-playing, la cual tiene como objetivo mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales. El role-playing es una técnica utilizada en el entrenamiento en habilidades sociales que consiste en la simulación de situaciones sociales en las que la persona debe practicar las habilidades aprendidas. Durante esta, los participantes tienen la oportunidad de practicar y experimentar diferentes interacciones sociales en un entorno controlado y seguro. Al asumir diferentes roles y participar en simulaciones, los individuos pueden experimentar diferentes escenarios y aprender cómo manejar situaciones sociales difíciles, como conversaciones incómodas, conflictos o expresión de emociones. Esta técnica permite al cliente experimentar diferentes situaciones sociales y ensayar diferentes respuestas, lo que le ayuda a desarrollar su confianza y habilidades sociales (García-Grau et al., 2019; Ruiz Fernández et al., 2012).

Del mismo modo, se implementó la técnica del disco rayado, la cual busca que el paciente pueda rechazar peticiones negativas o a las cuales no se quiere acceder. El procedimiento involucra la repetición constante del punto principal que deseamos comunicar, sin prestar atención a otros temas de la conversación que no el motivo que nos importa. El sujeto se asemeja a un disco rayado, repitiendo una y otra vez el punto en el que se encuentra. El sujeto escucha, pero no responde a algo que se salga de la cuestión que desea tratar. Es así que, se repite serenamente lo que deseamos comunicar, a fin de extinguir las respuestas de la otra persona. Es por esto por lo que nos permite ser persistentes al repetir incansablemente lo que queremos, lo cual tiene el efecto de extinguir ciertas respuestas por parte de la otra persona (Caballo, 2007).

En esta sesión, N.N. se mostró con un estado de ánimo positivo, como primero se socializaron los temas tratados en la sesión anterior, a fin de constatar que los conocimientos fueron instaurados, luego se realizó la psicoeducación acerca de la presión social, y como

esta influye en el consumo de sustancias, centrando el desarrollo de la misma en el consumo de alcohol, en este apartado, el usuario reconoce varias situaciones de la vida diaria que demuestran que ha sido influenciado por su círculo social. Posteriormente, se explicó acerca de la técnica del disco rayado, con la cual se da paso al role-playing, que tuvo como tema principal, el uso de situaciones que podrían llevar al usuario a un consumo de las sustancias, para que, de esta forma, el paciente tenga las herramientas que le permitan rechazar las peticiones de consumo. Durante el desarrollo de la sesión terapéutica, N.N. se mantuvo con un buen contacto visual, un tono de voz normal, se evidenció una higiene adecuada y una vestimenta acorde a su edad y sexo.

Finalmente, la sesión fue exitosa, debido a que N.N. logró conocer cómo la presión social influye en los individuos e incide en el consumo de alcohol y otras sustancias, puesto que, el usuario reconoció que ha experimentado situaciones sociales que le han llevado al consumo de alcohol. Además, adquirió conocimientos sobre asertividad y como esta le permite rechazar peticiones de consumo evitando problemas interpersonales. Así también, con el uso de la técnica del disco rayado, aplicada mediante la técnica de role-playing se puso en práctica la misma por lo que los conocimientos quedaron plasmados, en este apartado el paciente menciona que ha pasado por un proceso de tratamiento y no desea consumir.

Sesión 6:

El desarrollo de la sesión terapéutica se enfocó en trabajar habilidades sociales, mediante el uso de la técnica banco de niebla, en la cual el individuo tiene una posición pasiva en la conversación, reflejando lo mencionado por el emisor, a manera de que este piensa que se acuerda con lo mencionado, sin otorgarle la razón. El uso de esta técnica se fundamenta en la idea de que al resistir o confrontar a una persona que nos está reprendiendo, estamos otorgándole atención y, por ende, reforzando esa conducta. Sin embargo, al no oponer resistencia y mantenernos firmes, estamos intentando quitar el refuerzo de la interacción y lograr que la conducta se extinga (Caballo, 2007).

Otra técnica utilizada en la presente sesión fue la técnica del sándwich, la cual ha sido diseñado como un modelo estructurado de comunicación en tres etapas, que ha demostrado su eficiencia al expresar pensamientos y emociones. Este enfoque inicia con una fase de refuerzo positivo con el propósito de fortalecer la relación existente entre las partes involucradas. Seguidamente, se presenta la parte central de la comunicación, en la cual se expresa de manera constructiva una negativa o se plantea una petición de cambio. Esta etapa adquiere una relevancia fundamental al abordar asuntos importantes, fomentando un diálogo abierto y sincero. Por último, se concluye el mensaje con un gesto de gratitud, enfatizando así la importancia de la relación y la valoración mutua. Este enfoque integral proporciona una base sólida para establecer una comunicación efectiva y respetuosa, facilitando la comprensión y la resolución constructiva de conflictos de manera eficiente (Montaño, 2020).

También se utilizó la técnica de role-playing para abordar situaciones sociales de consumo poniendo en práctica las técnicas previamente aprendidas, la cual ya ha sido detallada en sesiones previas.

Durante el desarrollo de la sesión, se evidenció que el usuario presentó un estado de ánimo positivo, mencionando que se encuentra motivado y se ha acogido bien al tratamiento, manifestó también que no volvería a consumir una vez fuera del centro en el que se encuentra actualmente. Como primero, se habló sobre los temas de la sesión pasada, puesto que la misma es una continuación de lo anteriormente tratado, se explicó nuevamente el tema de asertividad y estrategias que le permiten a la persona poder ser más asertiva, integrando dentro de la psicoeducación la parte teórica de las técnicas del banco de niebla y la técnica de sándwich, en donde se brindó ejemplos asociados a la problemática del usuario; el usuario colaboró y participó activamente de la sesión terapéutica, realizó los ejemplos solicitados, además mantuvo un contacto visual óptimo y atención a la explicación, su tono de voz fue normal, presenta una higiene adecuada y su vestimenta es acorde a la edad y sexo.

Es por todo esto que, la sesión fue exitosa, puesto que el paciente logra obtener herramientas que le permiten rechazar el consumo de alcohol por parte de su círculo social una vez salga del centro de rehabilitación, así también, con las herramientas obtenidas en la sesión se realizó un role-playing, en donde pudo poner en práctica lo aprendido.

Sesión 7:

El desarrollo de la presente sesión se centra en trabajar la prevención de recaídas, esto se lo realiza mediante técnicas psicológicas como la psicoeducación, en donde se abordó el tema de la prevención de recaídas, y acerca de las situaciones de alto riesgo, la misma ha sido detallada en apartados anteriores.

Además, se usó la técnica de modelado encubierto para planificar crisis y recaídas, la cual tiene como objetivo aprovechar la capacidad de la imaginación para presentar al individuo un modelo seguro, competente y capacitado que realiza la conducta objetivo de la intervención. El proceso comienza al imaginar al sujeto comportándose de manera habitual en una situación específica, y luego se continúa imaginando cómo el modelo ejecuta la conducta apropiada en esa misma situación (Ruiz-Fernández et al., 2012).

Es así que durante el desarrollo de la presente sesión como primero se socializaron los temas tratados en la sesión anterior; posteriormente se realizó una psicoeducación acerca de la diferencia entre caída, recaída y acerca de las situaciones de alto riesgo en donde participó y preguntó acerca de cosas que no quedaron claras, de modo que se explicó a través de otros ejemplos para que la psicoeducación de caídas y recaídas quede comprendida; así mismo, se abordó el tema de situaciones de alto riesgo con situaciones que el usuario ya conoce, posteriormente se habló acerca de cómo actuar ante una caída o recaída. Como segundo se aplicó la técnica de modelado en donde el usuario imaginó las peores situaciones que ha experimentado dentro del consumo siendo el ver llorar a su madre y las súplicas de su hija para abandonar el consumo algunas de ellas; se especificó que cuando tenga ganas de consumir pueda visualizar estas situaciones difíciles para evitar llegar a una recaída.

Finalmente, la sesión tuvo éxito, puesto que el paciente logra diferenciar entre caída y recaída y como evitar tener una recaída. Además, obtuvo otra estrategia a utilizar en caso de encontrarse ante una situación de consumo, imaginando situaciones difíciles de su vida, en donde el usuario mencionó que una de las peores situaciones al consumir ha sido ver a su hija suplicarle dejar el alcohol y ver llorar a su madre por su consumo.

Sesión 8:

La presente sesión terapéutica se enfocó en trabajar el proyecto de vida del paciente, mediante el uso de la técnica de proyecto de vida, la cual consiste en planificar metas y objetivos en diversos aspectos de la vida para lograr una vida plena. Se basa en la conciliación entre la toma de decisiones racional y emocional, y se ve influenciado por las condiciones individuales y personales de cada individuo. Es una estrategia para enfrentar la adversidad y lograr una vida satisfactoria (Garcés-Delgado et al., 2020).

Para llevarlo a cabo, se deben identificar metas a corto, mediano y largo plazo en diferentes áreas de la vida, considerando habilidades, intereses y valores personales, así como el entorno en el que se desenvuelve el individuo. Se establecen acciones concretas, plazos y recursos necesarios, y se mantiene flexibilidad ante los cambios. Es importante tener una actitud proactiva, rodearse de apoyo y buscar orientación cuando sea necesario (Garcés-Delgado et al., 2020).

El proyecto de vida es una creación de la capacidad reflexiva de la identidad individual. Su objetivo es asegurar el futuro del sujeto, basándose en sus imaginarios, valoraciones de la realidad y preferencias personales. Se considera una estructura psicológica que permite a la persona expresarse dentro de su contexto social, influido por las influencias y circunstancias que la sociedad impone (Suárez-Barros et al., 2018).

Así también, se aplicaron test postratamiento, tales como: Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung, Escala de Autovaloración de Depresión de Zung, Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA), Escala de evaluación del cambio, Universidad de Rhode Island (URICA), Escala de Impulsividad de Barratt.

El desarrollo de la sesión tuvo como primero la socialización de la temática abordada en la sesión anterior, posteriormente, se elaboró el proyecto de vida de N.N., que incluye objetivos a corto, mediano y largo plazo y a su vez, elaboró su misión y visión, posteriormente, se realizó la aplicación de test psicológicos en donde el usuario mantiene buena disposición ante la actividad, se los realizó de forma hetero aplicada debido a la extensión de estos y a pedido del N.N. Se presentó con una higiene adecuada y vestimenta acorde a la edad y sexo. En la sesión se evidenció que mantenía un estado de ánimo positivo, un buen contacto visual y un tono de voz normal, se presenta colaborador en el transcurso de la misma.

Finalmente, la sesión fue exitosa, debido a que el paciente logró elaborar su misión y visión de vida, en donde el usuario manifestó “ser constante en mi recuperación para mantener mi familia más unida y así poder vivir una vida diferente a la que era antes” y como visión “mantenerme limpio a través del programa, asistir a grupos de N.A, venir a compartir al grupo de N.A y fortalecer la fe a través de la oración”. Así también logró plantearse objetivos a corto, mediano y largo plazo, que incluyen seguir en sobriedad, asistir a grupos de N.A, orar, realizar ejercicio.

Sesión 9:

La presente sesión se enfocó en dar el cierre terapéutico al paciente, mediante el uso de la técnica narrativa “consejo de experto”, en la cual se pide al paciente que redacte una carta dirigida a personas que podrían estar atravesando por una situación similar, explicando sus sentimientos cuando estaba mal y lo que ha realizado que le ha ayudado a progresar y lograr superar el problema que ha presentado. La presente pretende ayudar a que el consultante haga conciencia de las herramientas que ha implementado para superar el problema, funcionando a su vez como prevención de recaídas (Beyebach y Herrero de Vega, 2016).

Es por esto que el desarrollo de la sesión se dio de la siguiente manera: como primero se realizó la devolución de resultados de los instrumentos postratamiento aplicados en la sesión previa, posteriormente, se aplicó la Escala de Satisfacción con el Tratamiento

Recibido (CRES-4) recibido a fin de conocer la percepción del paciente acerca del tratamiento psicológico, además, se llevó a cabo el cierre terapéutico a través de la técnica narrativa "Consejo de experto", en donde el usuario escribió una carta desde su experiencia, dirigida a una persona que podría estar atravesando la misma situación.

Asimismo, se dio a conocer que han culminado las intervenciones terapéuticas, en este espacio N.N. manifestó que reconoce que al inicio de las sesiones terapéuticas fue muy reticente puesto que, el proceso era algo nuevo para él y era complicado compartir información personal y sobre su consumo. Refirió también, que se siente muy agradecido por la ayuda brindada por el centro a través de las terapias, ya sea vivencial, grupal e individual, puesto que han favorecido en gran medida la recuperación del usuario.

En esta sesión N.N. se presentó con un estado de ánimo normal, mantuvo un contacto visual óptimo, su tono de voz fue normal, se mostró colaborador durante la sesión y participó en la actividad de creación de consejo de experto y en la aplicación de la escala de satisfacción del tratamiento recibido. Se presentó con una higiene adecuada y su vestimenta acorde a su edad y sexo.

Finalmente, la sesión fue exitosa, puesto que el paciente pudo redactar como se sintió al momento de ingresar al centro y todo lo que realizó para afrontar la problemática que lleva; además, mencionó sentirse motivado y listo para tener su confronta familiar, así también, manifestó que al momento de salir del centro será una persona nueva y dejará de frecuentar con las amistades con quienes solía consumir.

Capítulo tres

Resultados

Dentro del presente capítulo se expondrán los resultados obtenidos en el proceso de evaluación pos-intervención, cuya finalidad fue comprobar los avances del paciente durante el proceso terapéutico, este análisis se llevará a cabo a través del método cuantitativo y cualitativo.

3.1. Análisis de resultados cuantitativos

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el proceso evaluativo del caso clínico relacionado con: Trastorno por consumo de alcohol grave en un entorno controlado. Por lo cual, se han aplicado cinco en el proceso de evaluación pos-intervención de los diez instrumentos aplicados en el proceso evaluativo pre-intervención, obteniendo así los resultados que se presentan a continuación.

Tabla 16

Resultados pre-intervención y pos-intervención de la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung

Instrumento	Resultados pre-intervención	Resultados pos-intervención
<i>Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung</i>	30 puntos. Dentro de los límites normales.	24 puntos. Dentro de los límites normales.

Nota: en la presente tabla se exponen los resultados obtenidos luego del proceso de evaluación pre-intervención y pos-intervención.

Como se muestra en la Tabla 16, el análisis de los resultados obtenidos luego de la aplicación de reactivos se puede evidenciar que inicialmente el paciente obtuvo una puntuación de 30 puntos en la Escala de Ansiedad, encontrándose dentro de los límites normales de dicha variable, tras el tratamiento obtuvo una puntuación de 24, que así mismo se encuentra dentro de los límites normales, sin embargo, la puntuación se ha reducido, evidenciándose mejoría en el paciente.

Tabla 17

Resultados pre-intervención y pos-intervención de la Escala de Autovaloración de Depresión de Zung

Instrumento	Resultados pre-intervención	Resultados pos-intervención
Escala de Autovaloración de Depresión de Zung	33 puntos. Dentro de los límites normales.	24 puntos. Dentro de los límites normales.

Nota: en la presente tabla se pueden evidenciar las puntuaciones de los test aplicados en los procesos de evaluación.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 17, al analizar los resultados obtenidos, se puede observar que el paciente inicialmente obtuvo una puntuación de 33 puntos en la Escala de Depresión, lo cual se encuentra dentro de los valores normales para dicha variable. Tras recibir el tratamiento, la puntuación disminuyó a 24, también dentro de los límites normales. Sin embargo, se puede notar una reducción en la puntuación, lo que indica una mejoría en el paciente.

Tabla 18

Resultados pre-intervención y pos-intervención de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA)

Instrumento	Resultados pre-intervención	Resultados pos-intervención
<i>Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA)</i>	Puntuación total: 20 puntos. -Desinhibición conductual: 3 puntos, nivel leve. -Deseo de beber: 17 puntos, nivel leve.	Puntuación total: 22 puntos. -Desinhibición conductual: 4 puntos, nivel moderado. -Deseo de beber: 18 puntos, nivel moderado.

Nota: en la tabla anterior se muestran las puntuaciones de los instrumentos aplicados.

Como se evidencia en la Tabla 18, inicialmente el paciente obtuvo una puntuación de 20 puntos en la escala de craving de alcohol, con 3 puntos en desinhibición conductual y 17 en deseos de beber, correspondientes a un nivel leve de esta variable; sin embargo, en los resultados de la pos-intervención, se obtiene una puntuación de 22 puntos, con 4 puntos en desinhibición cultural y 18 puntos en deseos de beber, que corresponden a un nivel moderado. Se evidencia un incremento en las puntuaciones de este instrumento debido a

los elevados niveles de reticencia presentados por N.N. al inicio de las intervenciones terapéuticas.

Tabla 19

Resultados pre-intervención y pos-intervención de la Escala de Impulsividad de Barrat

Instrumento	Resultados pre-intervención	Resultados pos-intervención
Escala de Impulsividad de Barrat	Puntuación total: 14 puntos. -Impulsividad cognitiva: 5 -Impulsividad motora: 0 -Impulsividad no planeada: 9	Puntuación total: 30 puntos. -Impulsividad cognitiva: 14 -Impulsividad motora: 3 -Impulsividad no planeada: 13 El usuario presenta valores inferiores en comparación a la mediana de distribución.

Nota: en la tabla anterior se exponen los resultados obtenidos dentro de la evaluación pre y pos-intervención.

En la Tabla 19, se evidencian los resultados obtenidos dentro de la administración de reactivos, donde inicialmente obtuvo una puntuación de 14 puntos, con impulsividad cognitiva de 5, motora de 0 y no planeada de 9; sin embargo, en el proceso de evaluación pos-intervención se obtuvo una puntuación de 30 en la escala global, con una puntuación en las subescalas de 14 en impulsividad cognitiva, 3 en impulsividad motora y 13 en no planeada. Se evidencian puntuaciones mayores en contraste a la evaluación pre-intervención debido a los elevados niveles de reticencia, anteriormente mencionados, y a la falta de consciencia con relación a sus actitudes impulsivas-agresivas presentadas hacia su familia.

Tabla 20

Resultados pre-intervención y pos-intervención de la Escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island (URICA)

Instrumento	Resultados pre-intervención	Resultados pos-intervención
<i>Escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island (URICA)</i>	Estadio de acción: 35 puntos. Alta disposición al cambio.	Estadio de acción: 35 puntos. Alto de disposición al cambio.

Nota: se evidencian los resultados del proceso evaluativo.

En la Tabla 20, se evidencia que, en un principio, el usuario obtuvo un nivel alto de disposición al cambio, con un puntaje de 35 puntos dentro del estadio de cambio; dentro de los resultados pos-intervención se obtienen los mismos resultados, sin embargo, existe un aumento en el estadio de mantención; lo que refiere que presenta niveles altos en cuanto al mantenimiento, lo que representa persistencia y control sobre las conductas en cuanto al consumo de alcohol.

3.2. Análisis de resultados cualitativos

En cuanto al análisis de resultados cualitativos, se realizó una ficha de observación, a fin de poder comparar todas aquellas conductas y síntomas evidenciados inicialmente en el paciente, y contrastarlos con el estado actual de N.N. una vez culminado el proceso terapéutico. Para una mejor comprensión del apartado, en la Tabla 21 se expone detalladamente lo mencionado.

Tabla 21

Resultados cualitativos de la evolución del paciente

Conductas y aspectos de afectación inicial.	Evolución		Observación o razón.
	Se mantuvo, es decir no hubo cambio.	Cambio parcialmente. Se extinguió o modificó.	
Irritabilidad		X	Se evidencia un cambio, existe predisposición a la terapia.
Reticencia		X	Existe mayor confianza y motivación por parte de N.N.
Tristeza			X Se evidencia mejoría en el estado de ánimo del paciente.
Deseo de consumo		X	A pesar de obtener un puntaje mayor, se evidencia que el paciente no tiene deseos de consumo en contraste a los iniciales.

Impulsividad	X	N.N. se presentó tranquilo desde el inicio de las intervenciones, sin embargo, actualmente es consciente de las conductas presentadas hacia su familia.
---------------------	---	---

Nota: en la presente tabla se evidencia el análisis de resultados cualitativos.

Como se puede observar en la Tabla 21, se denotan cambios positivos en el paciente, siendo estos indicadores del progreso de N.N. durante la intervención psicoterapéutica. El avance del usuario es evidente, puesto que su actitud durante las mismas fue positiva en la mayoría de ellas, además, la motivación por cambiar y ser un mejor esposo y padre lo llevó a tener una buena disposición a la terapia administrada, obteniendo de estas herramientas que le permiten y permitirán en un futuro rechazar las peticiones de consumo por parte de su círculo social y a su vez afrontar situaciones cotidianas.

Discusión

Actualmente, el consumo de drogas y sustancias psicoactivas es un serio desafío para la salud pública, con consecuencias significativas para individuos, grupos y comunidades de diversos niveles socioeconómicos, siendo el alcohol, una de las sustancias lícitas globalmente aceptada y utilizada en diversas culturas, debido a sus efectos sociales, sin embargo, esta tiene aspectos negativos como el generar adicción, además de secuelas psicosociales y graves problemas médicos, como amplia variedad de enfermedades, tales como: diversos tipos de cáncer, daños en el hígado y enfermedades gastrointestinales (Andrade Salazar et al., 2022; Bedoya y Orozco, 2019; Ríos Lamas et al., 2023).

En el presente caso clínico se ha querido exponer el uso de la terapia cognitivo conductual en un caso de un paciente diagnosticado con trastorno por consumo de alcohol grave en un entorno controlado. A su vez, se pretende demostrar la eficacia de este modelo terapéutico aplicado a la sintomatología del paciente, la misma que corresponde a cefaleas, irritabilidad, deseos de consumo, que con base a los estudios realizados por Daza (2022), González y Castro (2019), mencionan que las personas con consumo de alcohol presentan síntomas tales como taquicardia, sudoración, hiperventilación, dolor de cabeza, ansiedad, nerviosismo, además de problemas sociales como violencia intrafamiliar; permitiendo de esta manera corroborar los síntomas presentados por el paciente durante las primeras semanas de estadía en el centro.

Es por esto que se establece que la sintomatología del paciente del presente caso clínico se acopla para el trastorno antes mencionado, como es el consumo de alcohol, que se refiere al patrón problemático de consumo de esta sustancias que causa malestar clínicamente significativo y se deben cumplir al menos dos de los siguientes hechos durante un período de 12 meses, primeramente mantener un consumo frecuente de cantidades excesivas de alcohol, esfuerzos infructuosos para controlar o dejar de consumirlo, destinar tiempo en actividades relacionadas con el consumo, deseos intensos, consumo recurrente y continuado que afecta negativamente a varias áreas de la vida, abandono o reducción de

actividades importantes, consumo en situaciones de riesgo físico, continuar bebiendo a pesar de presentar problemas físicos o psicológicos, tolerancia y síntomas de abstinencia (APA, 2014).

Dentro del siguiente caso de estudio para la evaluación del paciente se trabajó con los siguientes instrumentos psicológicos: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS-ASSIST V3.1), Mini Examen del Estado Mental (MMSE), Test de Lauretta Bender, Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT), Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung, Escala de Autovaloración de Depresión de Zung, Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA), Escala de evaluación del cambio, Universidad de Rhode Island (URICA), Escala de Impulsividad de Barratt, Cuestionario de personalidad (SEAPsl), los mismos que fueron seleccionados a partir de la sintomatología presentada por el usuario y el análisis de su motivo de consulta, lo que resultó adecuado puesto que nos brindó información relevante que permitió la elaboración del plan terapéutico.

De tal manera que, los estudios realizados por Agualongo y Arias (2015), Ayala (2022), Coronel (2022), Márquez et al. (2022) y Troches et al. (2020) dentro de sus trabajos investigativos en casos de individuos con consumo problemático de sustancias psicoactivas aplicaron los instrumentos anteriormente mencionados, en donde presentaron puntuaciones similares a este estudio de caso clínico, respaldando así la eficacia en el uso de los mencionados reactivos psicológicos para evaluar el grado de afectación que presentan los pacientes en las variables de consumo de sustancias, craving de alcohol, ansiedad, depresión, personalidad, entre otros, tal y como se realizó en el caso de N.N.

Cabe destacar que para este caso se ha llevado a cabo durante 10 sesiones mediante una intervención cognitivo conductual que ha incluido técnicas como: psicoeducación, que brinda información al paciente a fin de abordar temáticas de interés y mejorar su calidad de vida, de tal manera que el estudio de Velásquez (2022), permite corroborar el uso de este tipo de técnica, dado que dentro de su intervención con un paciente varón de 27 años, utilizó dicha técnica a fin de que su paciente sea consciente de la problemática, obteniendo resultados favorables. Así también, el autor hace uso de las

técnicas de diálogo socrático, que busca crear una disonancia cognitiva mediante preguntas que el usuario pueda reconsiderar, también utiliza la técnica en entrenamiento en habilidades sociales, a fin de que el paciente mejore la comunicación asertiva con su familia y personas de su entorno, y a su vez, usa el entrenamiento en habilidades sociales (asertividad) con la diferencia de que lo realiza mediante psicoeducación, sin embargo, el objetivo es, al igual que en este estudio, es brindarle al usuario herramientas para afrontar la vida cotidiana en situaciones referentes al consumo, se hace también uso de las técnicas de disco rayado, banco de niebla y del sándwich.

Del mismo modo, Valdiglesias (2019), en un caso clínico con un paciente de 18 años, con la misma problemática hace uso de la respiración profunda a fin de brindarle herramientas de relajación para que sean utilizadas ante los deseos de consumo que pueden presentarse, que en comparación con este estudio tiene la misma finalidad, ya que, se pretende disminuir la activación fisiológica para afrontar el craving que se presenta. A su vez, este autor hace uso de la reatribución de responsabilidad, ya que, al igual que en este caso clínico, busca que el paciente se identifique como responsable de la problemática, evitando que tenga un locus de control externo. La técnica de control de estímulos pretende reducir los factores ambientales para evitar el consumo, lo que se evidencia que ambos casos cumplen con el mismo objetivo.

Las técnicas de reestructuración cognitiva, parada del pensamiento, técnica del role-playing y resolución de problemas son usadas por Loaiza (2022), en su estudio con un paciente masculino de 49 años, a fin de lograr reducir aquellos patrones de consumo que presenta el paciente y a su vez, modificar las conductas en el consumo de alcohol, que se asemeja a la intención de este estudio de caso, puesto que, las técnicas fueron aplicadas a fin de reducir y parar aquellos pensamientos ligados al consumo y cambiar las conductas relacionadas a la ingesta de alcohol.

Por otro lado, Noriega (2022), en un paciente masculino de 36 años, con consumo múltiple de drogas, incluyendo alcohol, hace uso de las técnicas de prevención de recaídas, role-playing, afrontamiento de la presión social y proyecto de vida, que buscan, al igual que

este trabajo de intervención, prevenir que el paciente recaiga en el consumo de sustancias una vez que se encuentre fuera del centro de rehabilitación, y a su vez, guiarle en la construcción de su misión y visión de vida, creando objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Con base a lo antes descrito se demuestra que efectivamente para el tratamiento o intervención clínica en pacientes con consumo problemático se utilizan técnicas enmarcadas en el trabajo de psicoeducación, habilidades sociales, prevención de recaídas, resolución de problemas, técnicas de respiración, y técnicas para la reestructuración de pensamientos distorsionados, tal y como se lo trabajó en el caso de N.N. siendo así que se observa que el uso de mencionadas técnicas son de gran ayuda en la intervención psicológica en el consumo de alcohol.

Continuando con el análisis de este caso, dentro de los resultados post- tratamiento indican una disminución en las variables de ansiedad, depresión de tal manera que esto se podría explicar mediante el uso de la técnica de respiración profunda pues la teoría establecida por Ruiz Fernández et al. (2012) nos indica que la misma resulta muy eficaz para reducir la activación fisiológica, y a su vez los estudios de Jaramillo-Moreno (2010); Partarrieu (2011); Bados y García (2010) mencionan que la técnica de reestructuración cognitiva mediante diálogo socrático, permiten modificar aquellos pensamientos distorsionados que generan malestar en el paciente, guiándole a través de preguntas para que así pueda reconsiderarlos y lleve la carga de sus creencias.

En el caso de la variable de craving e impulsividad no se mostró mejoría, esto debido a los niveles elevados de reticencia presentados por el usuario en el inicio de las intervenciones psicoterapéuticas, puesto que, N.N. no reconocía la gravedad de la situación y consideraba que muchos aspectos de su vida se encontraban en su normalidad, siendo así que Domingo (2017) en su trabajo investigativo menciona que la percepción del problema que las personas con consumo de sustancias o drogodependencia mantienen influye en que este se adhiera al tratamiento, puesto que al tener la idea errónea de ser capaces de controlar el consumo puede conllevar a dificultades dentro de terapia.

En general, se puede afirmar que la calidad de vida del paciente mejoró significativamente, y esto puede inferirse por los siguientes indicadores: mejoría en su estado de ánimo, niveles de reticencia inferiores, alta disposición al cambio, motivación e impulso por alcanzar un crecimiento personal.

Finalmente, se puede mencionar que el presente estudio de caso clínico, es de trascendental importancia, puesto que, permite crear conciencia sobre el consumo de alcohol y las consecuencias de la ingesta del mismo, además de los factores que desencadenan, motivan e impulsan el consumo; este estudio también pretende dar a conocer que el modelo cognitivo conductual es muy útil para abordar el consumo problemático de alcohol y de otras sustancias, siendo así que, permite servir de guía para desarrollar intervenciones psicoterapéuticas efectivas a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes, y a su vez, permite la contribución al enriquecimiento de la literatura en esta problemática.

Sin embargo, respecto a las limitaciones de este estudio, se considera que los niveles de reticencia evidenciados en pacientes con este trastorno dificultan la obtención de información relacionada al consumo, además, la poca conciencia de la enfermedad limita al terapeuta poder aplicar las técnicas y a su vez impide la obtención de resultados positivos.

Así mismo, es importante mencionar que, en cuanto a la teoría, es fundamental realizar estudios acerca de la técnica de sándwich, puesto que, la literatura es muy limitada y se ha observado que esta es dinámica para los consultantes y cumple con su objetivo dentro de las intervenciones terapéuticas.

Conclusiones

En base a lo expuesto a lo largo de este estudio de caso, dentro de la fase de evaluación se ha observado que la entrevista y observación clínica junto con los instrumentos psicológicos Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS-ASSIST V3.1), Mini Examen del Estado Mental (MMSE), Test de Laurretta Bender, Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT), Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung, Escala de Autovaloración de Depresión de Zung, Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA), Escala de evaluación del cambio, Universidad de Rhode Island (URICA), Escala de Impulsividad de Barratt, Cuestionario de personalidad (SEAPsl), resultan efectivos para detectar el consumo, el riesgo presente y la gravedad de la ingesta de sustancias, en este caso, específicamente el alcohol, además del craving o deseos de consumo y el estadio de cambio en el que se mantiene el paciente.

Por otra parte, el modelo de intervención aplicado fue la terapia cognitivo conductual, la cual resulta efectiva y favorable, no solo en el trastorno por consumo de alcohol, sino en todos los trastornos por consumo de sustancias, debido a las técnicas que este enfoque incluye, tales como técnicas de psicoeducación, respiración profunda, reestructuración cognitiva, técnicas de control de estímulos, imaginación, entrenamiento en habilidades sociales, prevención de recaídas entre otras; permitiendo abordar la sintomatología y problemática presentada por el usuario.

Con respecto al plan de intervención psicoterapéutico, el cual incluye 10 sesiones de duración, se concluye que el mismo resultó favorable y eficaz, dado que el uso de técnicas cognitivo-conductuales permitió reducir la sintomatología y observar una mejoría en las variable o conductas tales como ansiedad y depresión, y finalmente, se observa una mejoría en el paciente, ya que, demostró una actitud positiva, con una alta motivación al cambio.

Recomendaciones

El uso de reactivos psicológicos que permitan detectar el uso y abuso de sustancias es de vital importancia, sin embargo, no existen muchos estudios acerca de estos, es por esta razón que, se sugiere realizar más estudios que demuestren la eficacia de estos en diferentes grupos etario, ya que, se ha observado, que los artículos o trabajos investigativos, pueden resultar actualmente de mucha antigüedad.

Se conoce que la terapia cognitivo conductual es efectiva en la intervención con pacientes que presentan un consumo problemático de sustancias, sin embargo, puede ser recomendable que se incluyan otras terapias como la familiar, puesto que, es importante que se trabaje dentro del núcleo, sobre todo, cuando existen problemas o situaciones que necesitan resolverse. Así también, el uso de la TCC sumado a otros enfoques, como la terapia de aceptación y compromiso, ha demostrado efectividad en la problemática, es por esto por lo que podría ser aplicada en usuarios que mantienen dicho consumo que ha llegado a considerarse de gravedad.

En cuanto al plan de intervención psicológica, se recomienda realizar una sesión de seguimiento a fin de constatar que la problemática y sintomatología abordada con el paciente, ha disminuido con el uso de las herramientas y estrategias brindadas al usuario durante las sesiones terapéuticas.

Referencias

- Agualongo, J., y Arias, P. (2015). “*Tipos de personalidad y craving en los miembros del grupo de alcohólicos anónimos ‘Sultana de los Andes’ de Riobamba, periodo julio - diciembre 2015*” [Tesis, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/929/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2015-0007.pdf>
- Amador, D., Hernández, K., y Hernández, K. (2021). Consumo de alcohol y funciones ejecutivas: estudio de caso múltiple. *Revista Gestión I+D*, 6(1), 90–114. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7863420.pdf>
- American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).
- Andrade Salazar, J. A., Hurtado Clavijo, M. E., Patiño Franco, M., y Ramírez Naranjo, G. (2022). Estado del consumo de sustancias psicoactivas en el departamento del Quindío, Colombia (2019-2021). *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 14(3), 132–147. <https://doi.org/10.22335/rict.v14i3.1596>
- Ayala, R. (2022). *Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso clínico de dependencia al alcohol y cocaína en la actualidad en abstinencia en un medio protegido*. [Tesis, Universidad Técnica Particular de Loja]. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=d38436bf-dece-43f8-88c9-d516670f8e12%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=cpu.C00130802c&db=cat07433a>
- 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>
- Basurto, J. (2017). *Propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island: URICA en adolescentes residentes de una comunidad*

- terapéutica de Lima Sur*. [Tesis, Universidad Autónoma de Perú].
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/412/BASURTO%20GONZALES%20JORDAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bazán, J., Tacuchi, J., y Jemis, K. (2018). *Depresión y clima social familiar en adolescentes de la institución educativa imperio del Tahuantinsuyo, Independencia – 2016*. [Tesis].
https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/191/Jaimes_JB_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Beck, A. T., Wright, F., Newman, C., y Liese, B. (2019). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.
http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/REHABILITACIONDELASADICCIONESENERO/document/TERAPIA_COGNITIVA_DE_LAS_DROGODEPENDENCIAS_l.pdf
- Becoña, E. (2016). *Trastornos adictivos*. Editorial Síntesis.
<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/46b29c1cb80f672250caef4462925f71.pdf>
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barriero, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Y Villanueva, V. (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona: *Socidrogalcohol*.
<https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Bedoya, L., y Orozco, L. (2019). *Características del Tratamiento Cognitivo Conductual en Adicción a Sustancias Psicoactivas* [Monografía].
https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/7544/1/UVDTP_BedoyaLondo%C3%B1oLuisaFernanda_2019.pdf
- Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2016). *200 tareas En Terapia Breve: Individual, Familiar Y De Pareja*. Herder.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7ma ed.). Siglo XXI.

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022). *El consumo de alcohol y su salud*. CDC. <https://www.cdc.gov/alcohol/hojas-informativas/consumo-alcohol-salud.html>
- Coronel, M. (2022). *Estudio de caso acerca de un paciente de 26 años con tendencia a desarrollar consumo problemático de alcohol, bajo el enfoque cognitivo conductual* [Tesis, Universidad Técnica Particular de Loja]. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=5639546f-98fa-41ed-bdee-a9d3057cbe31%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=cpu.C00130746c&db=cat07433a>
- Cunill, E., y Curbelo, L. (2020). El proceso de evaluación del desempeño en las especialidades médicas. *Educación Médica Superior*, 34(3), 1-23. <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2422/1099#intro>
- Daza, L. (2022). Prevención del alcoholismo y consumo de otras drogas. *Salud Pública en Acción*, 3 (2), 1-19. <https://orcid.org/0000-0002-5242-8709>
- De la Ossa, S., Martínez, Y., Herazo, E., y Campo, A. (2009). Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. *Colomb Med.*, 40(1), 71–77. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/629/659>
- Domingo, M. (2017). *Adherencia al tratamiento*. Tratamiento Adicciones Y Alcoholismo Madrid; FAER. <https://www.ctmadrid-adicciones.com/adherencia-al-tratamiento/>
- Espinel, N. (2021). Tratamiento psicológico en trastornos por consumo de sustancias para adolescentes infractores: revisión teórica. *Ocronos*, 4(3), 1-47. <https://revistamedica.com/tratamiento-psicologico-consumo-sustancias-adolescentes/#Tratamiento-Psicologico>
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España. (2009). *Guía de Buenas Prácticas de FARE*. FARE. <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/127.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudios de caso. Pirámide.

https://www.academia.edu/36502435/Evaluaci%C3%B3n_Psicol%C3%B3gica_de_Roc%C3%ADo_Fern%C3%A1ndez_2a_ed

Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P., y Fanjiang, G. (2002). *MMSE. Examen Cognoscitivo Mini-Mental*.

Garcés-Delgado, Y., Santana-Vega, L., y Feliciano-García, L. (2020). Proyectos de vida en adolescentes en riesgo de exclusión social. *Revista de Investigación Educativa*, 38(1), 149–165. <https://revistas.um.es/rie/article/view/332231/276901>

García-Grau, E., Fusté-Escolano, A., Ruiz-Rodríguez, J., Arcos-Pros, M., Balaguer-Fort, G., Guzmán-Pérez, D., y Bados-López, A. (2019). Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales. Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/136063/1/ENTRENAMIENTO%20EN%20ASERTIVIDAD%20Y%20HABILIDADES%20SOCIALES.pdf>

Gobierno del Sur de Australia. (2022). ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Sa.gov.au. <https://n9.cl/xdtk7>

Gonzalez, K. y Castro, C. (2019). Abordaje del consumo problemático de alcohol en la Atención Primaria de Salud a través de la Terapia Breve Centrada en Soluciones. Un modelo clínico para el trabajo social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 9(16), 154–175. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i16.8847>

Grundi, S. (2017). *Grado de ansiedad del usuario en la atención de emergencia en un establecimiento de salud, durante el año 2017* [Tesis, Universidad Científica Del Perú]. <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/306/GRUNDI-1-Trabajo-Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guardia Serecigni, J., Peralta García, L., Gonzalvo Cirac, B., Trujols, J., Tejero Pociello, A., Suárez González, A., y Martí Gil, A. (2004). Estudio de validación de la escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Medicina Clínica*, 123(6), 211–216. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(04\)74463-2](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(04)74463-2)

Heredia, M. C., Santaella, G., y Somarriba, L. (2012). *Interpretación del Test Gestáltico Visomotor de Bender Sistema de puntuación de Koppitz*. Facultad de Psicología

UNAM.

https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Interpretacion_Test_Gestaltico_Visomotor_Bender_Heredia_y_Ancona_Santaella_Hidalgo_Somarriba_Rocha_TAD_5_sem.pdf

Labrador, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide.
https://conductitlan.org.mx/06_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/Tecnicas-de-modificacion-de-conducta.pdf

Lefio, L., Villarroel, S., Rebolledo, C., Zamorano, P., y Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Pública*, 34(4), 247–266. <https://n9.cl/4hq63>

Linage Rivadeneyra, M., y Gómez-Maqueo, M. E. (2013). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Española de Drogodependencias*, 38(1), 37–51. <https://roderic.uv.es/handle/10550/47606>

Loaiza, C. (2022). *Intervención desde el enfoque cognitivo conductual en un paciente de 49 años con trastorno por consumo de alcohol* [Tesis, Universidad Técnica Particular de Loja]. <https://n9.cl/3nayn>

Marquéz, L., de Arana, A., Yapur, N., Merino, N., y Higareda, J. (2022). Calidad de Vida, Ansiedad, Depresión y Consumo de Alcohol en Adultos con Diabetes Tipo Dos durante la Pandemia por COVID-19. *Acta de Investigación Psicológica*, 12(3), 58–70. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=8811766&orden=0>

Martínez, M., Muñoz, P., y Barberena, N. (2019). Consumo de alcohol y sus creencias en adolescentes y jóvenes. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología Y Terapéutica*, 38(4), 487–492.
https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_4_2019/21_consumo.pdf

Meneses, K., Cisneros, M. V., y Braganza, M. E. (2019). Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol en Ecuador. *Revista Ciencias de La Salud*, 17(2), 293.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7938>

- Merino, C. (2012). Fiabilidad en el test gestáltico de Bender - II, en una muestra independiente de calificadores. *Revista de Investigación Educativa*, 30(1), 223–234. <https://www.redalyc.org/pdf/2833/283322861013.pdf>
- Montaño, K. (2020). *Comunicación asertiva entre las áreas de cartera y ventas*. [Trabajo de Grado, Tecnológico de Antioquia Institución Universitaria]. <https://dspace.tdea.edu.co/bitstream/handle/tdea/1681/14.3%20Articulo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muñoz, T. (2018). *Psicoeducación para personas con Alzheimer desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad estudio realizado en 12 pacientes con Alzheimer fase 1 de la Fundación TASE Quito en el periodo agosto-diciembre 2017* [Tesis de Grado, Repositorio Pontificia Universidad Católica Del Ecuador]. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15043/Disertaci%C3%B3n-%20Toa%20Leonor%20Mu%C3%B1oz%20Tello.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2021). *Comprensión del trastorno por consumo de alcohol*. NIAAA. [https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Alcohol Use Disorder Spanish.pdf](https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Alcohol%20Use%20Disorder%20Spanish.pdf)
- Navarrete, B. R., y Secín, R. (2018). Generalidades del trastorno por consumo de alcohol. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(1), 47–53. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000100047#B1
- Noriega, E. (2022). *Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso clínico de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas. Síndrome de dependencia. En la actualidad en abstinencia, en un medio protegido* [Tesis, Universidad Técnica Particular de Loja]. <https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=88f79ddf-4172-4e08-9f00->

[afda691c42be%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=cpu.C00130798c&db=cat07433a](#)

Novás, J., Machado, B., y León González, A. (2006). El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 22(1).
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n1/mgi07106.pdf>

Organización Mundial De La Salud. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud.
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/audit_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*. Organización Panamericana de la Salud.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=

Organización Panamericana De La Salud. (2010). *“La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria.”* Organización Panamericana De La Salud.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>

Perpiña, C. (2012). Definición y aspectos conceptuales de la entrevista. Manual de la Entrevista Psicológica. (p. 26-30). Pirámide. <https://n9.cl/d629l>

Piedra, S., Narváez, A., Jácome, P., Terán, R., Barreto, D., Aguirre, R., y Noboa, H. (2019). Consumo de riesgo de drogas utilizando la herramienta ASSIST modificado en estudiantes, docentes y personal administrativo de una universidad pública. *Revista Medica Vozandes*, 30(2). <https://doi.org/10.48018/rmv302.3>

Ramírez, C., Moncada Rodríguez, C., y Baptista, T. (2011). Validez y confiabilidad del Minimental State Examination (MMSE) y del MMSE modificado (3MS) para el diagnóstico de demencia en mérida. *MedULA*, 20(2), 128–135.

<http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/35035/articulo4.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Ríos Lamas, P., Hernández Bretón, B., García Oroz, E., Beltrán Orga, M., Romero Molina, Y., y Calero Morote, M. J. (2023). Trastorno por consumo de alcohol. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*.
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/trastorno-por-consumo-de-alcohol-caso-clinico/>

Rodas, J. (2020). Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adultos guatemaltecos. *Revista Médica de La Universidad Veracruzana*, 2, 7–26.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2020/muv202b.pdf>

Rodas, M. (2015). *Coincidencia de dos cuestionarios auto-aplicables de personalidad para la detección de rasgos de personalidad en estudiantes universitarios* [Tesis de Grado, Universidad Técnica Particular de Loja].
<http://dspace.utpl.edu.ec/jspui/handle/123456789/13233>

Rodríguez, A., Pérez, C., Martínez, J., Borges, K., y Martínez, I. (2018). Principales consecuencias del alcoholismo en la salud. *Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 158–167. <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/282/html>

Sánchez, S. (2020). Los 5 tipos principales de diagnóstico médico (y sus características). *Medicoplus.com*. <https://medicoplus.com/medicina-general/tipos-diagnostico-medico>

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J., y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

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? *Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica Y Terapéutica*, 37(5), 505–511.
<https://www.redalyc.org/journal/559/55963207012/html/>

- Tiburcio Sainz, M., Rosete-Mohedano, M., Natera Rey, G., Martínez, N., Carreño García, S., y Pérez Cisneros, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19–27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289144321003>
- Torrens, M., Tirado, J., Fonseca, F., Farré, M., González-Pinto, A., Arrojo, M., Bernardo, M., Arranz, B., Garriga, M., Sáiz, P. A., Flórez, G., Goikolea, J. M., Zorrilla, I., Cunill, R., Castells, X., Becoña, E., López, A. M., y San, L. (2022). Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con depresión y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. *Adicciones*, 34(2), 142–142. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1559>
- Trochez, J., Fera, J., y Ledesma, R. (2020). Asociación del Test de Zung para la ansiedad y depresión con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Espacios*, 41(28), 48-61. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n28/a20v41n28p04.pdf>
- Valdiglesias, D. (2019). *Intervención cognitivo conductual en un paciente con drogodependencia* [Tesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11414/Valdiglesias_sd.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Velásquez, P. A., (2022). *Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso clínico de dependencia al alcohol en la actualidad en abstinencia en un medio protegido*. [Tesis, Universidad Técnica Particular de Loja]. <https://n9.cl/vkrfv>
- Vuele, D., García, M., Guachisaca, V., Robles, S., y Villavicencio, K. (2021). Factores de riesgo y protectores relacionados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja. *Enfermería Investiga*, 6(2), 20-26. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1059/991>