



UTPL

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con
trastorno por consumo de alcohol, en un entorno
controlado”**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Fierro Jaramillo, Thalia del Cisne

Director: Macas Ordoñez, Eugenio Fabián

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, 16 de junio de 2023

Magister

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con trastorno por consumo de alcohol, en un entorno controlado, realizado por Thalia del Cisne Fierro Jaramillo, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Mgtr. Eugenio Fabián Macas Ordoñez

C.I.: 1104497811

Correo electrónico: efmacas33@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Thalia del Cisne Fierro Jaramillo, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con trastorno por consumo de alcohol, en un entorno controlado, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: los tres capítulos, en el primer capítulo se presenta la identificación del paciente, motivo de consulta, la historia del problema, evaluación del caso, mediante diferentes herramientas psicológicas (entrevista, observación, autorregistros, instrumentos psicométricos). El segundo capítulo trata de la metodología de trabajo, en donde se da la implementación de objetivos terapéuticos, el plan terapéutico, y la ejecución de cada una de las sesiones del plan propuesto. Finalmente, el tercer capítulo expone y discute los resultados obtenidos, para posteriormente puntualizar las conclusiones del caso, siendo Mgtr. Eugenio Fabián Macas Ordoñez, director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

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

.....

Autor: Thalia del Cisne Fierro Jaramillo

C.I.: 1105855728

Correo electrónico: tdfierro@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Este trabajo de titulación tiene una especial dedicatoria para Dios principalmente, ya que con su gracia y misericordia fue posible llegar hasta aquí, así mismo dedicado a mi madre que con su esfuerzo, apoyo y consejos siempre estuvo alentándome para continuar adelante en la consecución de mis objetivos y a mi hija quien ha sido un impulso y un motivo importante para no dar marcha atrás.

Thalia Fierro

Agradecimiento

Me permito agradecer a la prestigiosa Universidad Técnica Particular de Loja, al área de psicología clínica, por el extraordinario adiestramiento académico impartido, que asegura éxito en el ejercicio profesional. Al director de trabajo de titulación, Mgtr. Eugenio Fabián Macas, por sus apreciables orientaciones y la guía en el desarrollo del mismo. Y especialmente agradecer a todas aquellas personas que de alguna u otra forma aportaron a mi formación académica y personal para alcanzar el éxito en este trabajo.

Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación de director del trabajo de integración curricular.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Índice de contenido.....	VI
Índice de tablas.....	VII
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo uno.....	7
Marco teórico.....	7
1.1. Presentación del caso.....	7
1.1.1. <i>Identificación del paciente</i>	7
1.1.2. <i>Motivo de consulta</i>	8
1.1.3. <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	8
1.2. Proceso de evaluación.....	10
1.2.1. <i>Entrevista con el paciente</i>	10
1.2.2. <i>Observación clínica</i>	12
1.2.3. <i>Autorregistro</i>	13
1.2.4. <i>Instrumentos psicológicos aplicados</i>	13
1.3. Proceso de diagnóstico.....	19
1.3.1. <i>Diagnóstico presuntivo</i>	20
1.3.2. <i>Diagnóstico diferencial</i>	20
1.3.3. <i>Diagnóstico definitivo</i>	21
Capítulo dos.....	23

Metodología.....	23
2.1. Tratamiento/intervención.....	23
2.1.1. <i>Objetivos terapéuticos</i>.....	23
2.1.2. <i>Plan de tratamiento/intervención</i>.....	24
2.1.2.1. <i>Descripción de las sesiones realizadas en el proceso</i>	
<i>terapéutico</i>.....	30
Capitulo tres.....	40
Resultados.....	40
3.1 Resultados cuantitativos.....	40
3.2 Resultados cualitativos.....	42
Discusión.....	45
Conclusiones.....	48
Recomendaciones.....	49
Referencias.....	50
Apéndice A. Autorregistro del paciente.....	55

Índice de tablas

Tabla 1 Plan de tratamiento terapéutico.....	24
Tabla 2 Resultados cuantitativos.....	40
Tabla 3 Evaluación de la satisfacción con el tratamiento.....	42
Tabla 4 Resultados cualitativos.....	42

Índice de figuras

Figura 1 Genograma familiar.....	7
---	----------

Resumen

En el presente trabajo se expone el estudio de caso, de un joven de 24 años interno en un centro especializado para el tratamiento de adicciones, el cual fue diagnosticado con un trastorno por consumo de alcohol grave codificado como 303.90 (F10.20) según el Manual DSM 5. Para llegar a este diagnóstico se hizo uso de diferentes recursos psicológicos como la entrevista, observación psicológica e instrumentos psicométricos. En lo que respecta al tratamiento este estuvo compuesto por 10 sesiones individuales y tuvo como finalidad ayudar al paciente a alcanzar la deshabitación psicológica a la sustancia, brindar estrategias para fortalecer las relaciones familiares y sociales, y conseguir un cambio en el estilo de vida. Se utilizaron distintas técnicas del enfoque cognitivo conductual, como entrenamiento en resolución de problemas, asertividad, habilidades de afrontamiento, autocontrol, entre otras. La escala de satisfacción con el tratamiento permitió evidenciar que había una valoración positiva con la terapia y la ficha de valoración facilitó concluir que ha existido una mejora respecto al consumo.

Palabras clave: joven, tratamiento cognitivo-conductual, consumo de alcohol.

Abstract

This investigation presents a case study of a 24-year-old young man admitted to a specialized addiction treatment center, who was diagnosed with a severe alcohol use disorder coded as 303.90 (F10.20) according to the DSM 5 manual. In order to reach this diagnosis, different psychological resources were used such as interviews, observation, and psychometric instruments. The treatment consisted of 10 individual sessions and was aimed at helping the patient to achieve psychological withdrawal from the substance, provide strategies to improve family and social relationships, and achieve a change in lifestyle. Different techniques of the cognitive-behavioral approach were used, such as training in problem solving, assertiveness, coping skills, self-control, among others. The satisfaction scale with the treatment showed that there was a positive evaluation with the therapy and the evaluation card allowed concluding that there has been an improvement with respect to the consumption.

Key words: young person, cognitive-behavioral treatment, alcohol consumption.

Introducción

El alcohol es una sustancia soluble en medios tanto lipídicos como acuosos, que atraviesa fácilmente las paredes del estómago y se distribuye al sistema circulatorio, hasta llegar al cerebro. Ha sido consumido durante muchos años, en diferentes grupos etarios y es considerado como un “vinculo para socializar”. El alcohol es una droga de venta legal y se la ha catalogado como una sustancia que puede abrir las puertas al involucramiento con otro tipo de sustancias ilícitas, como la marihuana. Además, cuando un individuo consume alcohol en exceso tiene el potencial de desarrollar un trastorno por consumo (Ahumada-Cortez et al., 2017; Becoña, 2016).

El trastorno por consumo de alcohol está caracterizado por un declive en el control de la ingesta de esta sustancia, tiene la capacidad de desarrollar repercusiones o un malestar clínicamente significativo y, para poder ser diagnosticado debe cumplir con un periodo de 12 meses según el manual DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014; Marín et al., 2019). Este manual es muy utilizado para el establecimiento de un diagnóstico clínico, basándose en los siguientes criterios:

Se ingiere alcohol con frecuencia en cantidades superiores y en tiempos más prolongados del planeado (1); el deseo persistente, esfuerzos fallidos por dejar la sustancia o controlar su ingesta (2); la inversión de mucho tiempo en actividades para conseguir la sustancia o recuperarse de sus efectos (3); unas ansias o necesidad de consumir alcohol (4); el consumo reiterativo de alcohol que desemboca en un abandono o incumplimiento de deberes tanto en el ámbito laboral, académico o del hogar (5); además, un consumo constante de la sustancia a pesar de que esta le produzca problemas sociales o interpersonales recurrentes exacerbados por los efectos del alcohol (6); también está la ingesta de alcohol lleva al abandono, reducción importante de actividades sociales (7); que el consumo de alcohol es periódico incluso en situaciones donde implique riesgo físico (8); el consumo, continua a pesar de que el individuo sabe que sufre problemas a nivel físico o psicológico (9); se evidencia una tolerancia definida por una necesidad de consumir cada vez

mayores para conseguir el efecto que se desea y un efecto reducido tras el consumo continuo de la misma cantidad (10); finalmente, se experimenta síndrome de abstinencia (11) (APA, 2014).

Entre las poblaciones que más ingieren alcohol, se encuentran la juventud, de tal forma que se entiende por joven a todo individuo cuya edad oscila entre los 18 a 25 años, durante esta etapa, los individuos experimentan muchos cambios, entre los que se encuentran experiencias nuevas, como por ejemplo el ingreso a la educación de tercer nivel. También suelen aparecer hábitos que generalmente suelen ser problemáticos, como es el consumo de alcohol (Pilco et al., 2021).

En lo que tiene que ver con las prevalencias de consumo de alcohol en los adultos jóvenes a nivel mundial, el consumo excesivo de alcohol alcanza su punto máximo en la edad de los 20 a 24 años, siendo la prevalencia de estos episodios de consumo particularmente elevada en la población masculina (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019).

En lo que respecta a Ecuador, la Organización de los Estados Americanos y el Observatorio Interamericano sobre Drogas, sugieren que para el año 2019 un 41% de universitarios del sexo masculino presentaban un uso problemático de alcohol; en cuanto a la población femenina se evidencio porcentajes más bajos que varían entre el 11 y 25% (Ahumada et al., 2019).

Algunas de las posibles causas por las que esta población inicia el consumo de alcohol, son la influencia del grupo de amigos, representaciones y creencias incorrectas sobre su utilización, la sensación de relacionarse mejor con otras personas y obtener una mejoría en el estado de ánimo. Así mismo, algunas familias normalizan o flexibilizan las normas con respecto al beber alcohol o incitan a que sus miembros inicien el consumo a edades tempranas, por lo que el funcionamiento familiar también es uno de los factores que contribuyen al uso problemático de alcohol. Además, poseer una vulnerabilidad y fragilidad emocional, es un predisponente para la incidencia en esta problemática (Martínez-Cardona et al., 2019; Pilco et al., 2021).

Existen distintas repercusiones negativas en los jóvenes a causa del trastorno por consumo de alcohol, entre las que se encuentran alteraciones en la salud o desarrollar problemas psiquiátricos. Algunas de las consecuencias que han descrito en esta población, son el bajo rendimiento académico, victimización y generar sentimientos de culpa en familiares, conductas negativas que muchas veces llevan a cometer delitos penales, depresión, peleas, accidentes automovilísticos y la muerte (Pilco et al., 2021).

En lo que respecta a la evaluación de los trastornos por consumo de alcohol Becoña (2016), sugiere la importancia de emplear distintos recursos, entre los que se encuentran la entrevista psicológica que puede ser estructurada o no estructurada, cuestionarios que pueden ser proyectivos y psicométricos, la observación clínica y el autorregistro esto con la finalidad de realizar un sondeo acerca del inicio del consumo y factores mantenedores del mismo.

Debido a las secuelas negativas a causa del trastorno por consumo de alcohol, se han desarrollado distintos tratamientos desde el ámbito psicológico, siendo uno de los más relevantes la Terapia Cognitivo-Conductual, que se define como una manera de intervención que adopta la existencia de cogniciones y conductas disfuncionales que causan malestar. Este modelo hace uso de técnicas psicológicas como el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, técnicas para conseguir la deshabituación psicológica, habilidades sociales, o en solución de problemas. También, tiene como objetivos conseguir un cambio a nivel sintomático, modificar cogniciones y conductas. Además, hace un uso frecuente de tareas que se envían a casa, mismas que sirven como una práctica repetida de las habilidades que se aprenden en la terapia (Becoña, 2016; Fullana et al., 2011).

El tratamiento cognitivo-conductual ha sido aplicado en diversos ámbitos clínicos, mismos que se han ido extendiendo de forma notable durante el último tiempo demostrando su eficacia en la prevención de recaídas, en trastornos somáticos, fobias o trastornos adictivos (alcohol y otras drogas) (Fullana et al., 2011).

Diversos estudios han denotado la eficacia de las terapias psicológicas conductuales en el manejo del consumo exagerado de alcohol, siendo que en la actualidad cuentan con

una mayor sustentación empírica (Secades y Fernández, 2001). De esta forma, como el estudio de Holder et al. (2000) en donde se evaluó la eficacia de diferentes modalidades de tratamiento incluyendo la TCC, los resultados mostraron una gran eficacia de este enfoque terapéutico en pacientes con diagnóstico de alcoholismo severo.

Con base a lo manifestado anteriormente, resulta llamativo que en el país no se encuentre la suficiente información acerca del tratamiento del consumo de alcohol en jóvenes. Los estudios desarrollados al respecto son bastante limitados o en ocasiones resultan muy difíciles de hallar. De tal forma, que resulta importante ofrecer tratamiento cognitivo-conductual a pacientes consumidores de alcohol, debido a las consecuencias que estos experimentan y que fueron mencionadas previamente. De igual forma el tratamiento se vuelve necesario debido a las altas tasas de consumo que existen a nivel global y regional, que sitúan al consumo de alcohol como un problema de salud pública. Por ello, es que se desarrolla la presente investigación la cual expone el tratamiento de un joven de 24 años con trastorno por consumo de alcohol.

Este trabajo, se encuentra estructurado por tres capítulos, en el primer capítulo se presenta la identificación del paciente, motivo de consulta, la historia del problema, evaluación del caso, mediante diferentes herramientas psicológicas (entrevista, observación, autorregistros, instrumentos psicométricos). El segundo capítulo trata de la metodología de trabajo, en donde se da la implementación de objetivos terapéuticos, el plan terapéutico, y la ejecución de cada una de las sesiones del plan propuesto. Finalmente, el tercer capítulo expone y discute los resultados obtenidos, para posteriormente puntualizar las conclusiones del caso.

Capítulo uno

Marco teórico

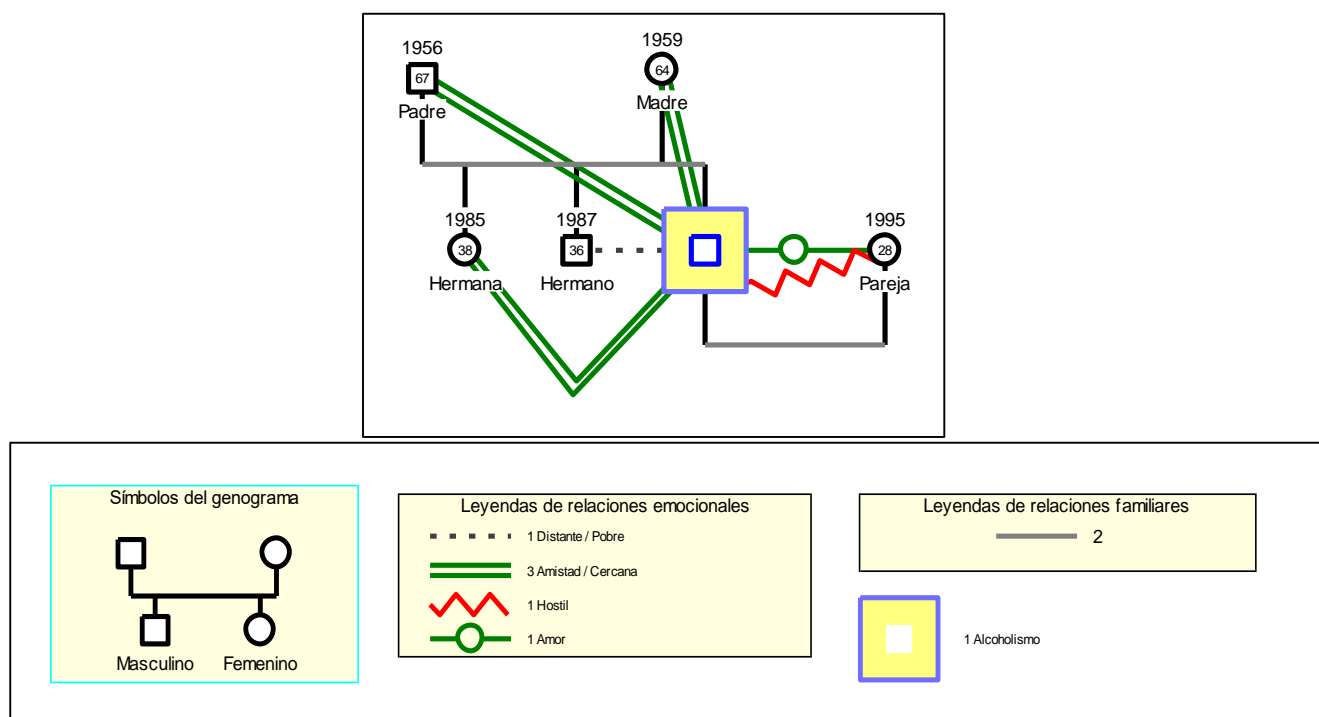
1.1. Presentación del caso

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 de 24 años, a quien denominaremos L.P., es de sexo masculino, estado civil soltero, no tiene hijos, procede de la ciudad de Cariamanga, pertenece a un nivel socioeconómico medio y se encuentra cursando el 5to ciclo de su carrera universitaria en Cuenca. Es la primera vez que se encuentra interno en un centro para el tratamiento de adicciones, indica que cuenta con el apoyo de sus padres y el de su hermana.

En cuanto a la estructura familiar el paciente proviene de una familia nuclear, donde es el último de tres hermanos, en lo que respecta a la relación con sus padres L.P. refiere tener vínculos cercanos, al igual que con su hermana mayor de 38 años. Solamente con su hermano de 36 años menciona tener una relación distante. Además, L.P indica también que mantiene una relación de pareja, donde existe amor, pero últimamente se ha tornado un poco hostil. Esto se refleja en la figura 1.

Figura 1*Genograma familiar*

Nota. Se expone la estructura familiar a la que pertenece el paciente, el tipo de vínculos que mantiene con cada uno de los miembros, y problemáticas relevantes dentro del núcleo.

1.1.2. Motivo de consulta

Usuario ingresa de forma voluntaria al centro de tratamiento de adicciones indicando que, a causa de un consumo de alcohol, ha experimentado distintas consecuencias negativas a nivel personal. De esta manera este consumo ha generado un descuido de los estudios y responsabilidades, sensación de malestar físico y problemas familiares.

Al momento de su ingreso el usuario se encontró lúcido, orientado en tiempo y espacio, con la vestimenta adecuada, muestra un estado de ánimo aparentemente tranquilo, de aspecto alegre y colabora de forma adecuada.

1.1.3. Historia del problema y descripción de la sintomatología

El usuario refiere haber iniciado el consumo de alcohol, por curiosidad a la edad de 20 años, con amistades en la universidad; la ingesta fue de cervezas acompañado de una botella de licor fuerte, provocando un estado de embriaguez hasta quedarse dormido, lo que posteriormente le ocasionó un fuerte dolor de cabeza, sed y malestar.

La frecuencia de consumo fue aumentando gradualmente y para los 21 años, consumía licor fuerte, una vez al mes; tiempo después la ingesta nuevamente se incrementa a una vez por semana. Indica que a esta edad suspendió el consumo durante 1 mes motivado por el temor a sus figuras paternas, manifestando sentimientos de culpa ya que vivía con su hermana en aquel entonces.

Entre los 22 y 23 años, la frecuencia del consumo no seguía un patrón regular, pues comienza a beber entre semana en cantidades bajas y hasta el amanecer los fines de semana. Aquello empezó a generar problemas a nivel académico llegando a faltar a clases. Durante este periodo el usuario empieza a experimentar síntomas relacionados a una posible abstinencia, indica que al interrumpir la ingesta alcohólica experimentaba sensación de vómito, malestar corporal y falta de apetito. Así mismo refiere que “cada vez iba aumentando más, hasta que mi mayor récord de alcohol fue casi todos los días” y que realiza la ingesta de alcohol por diversión y siempre en compañía.

Posteriormente logra dejar de consumir alcohol por tres meses debido a que se encontraba de vacaciones de la universidad, retorno a la ciudad de Cariamanga y se encontraba bajo el control parental. Además, en este tiempo sus padres le limitaron económicamente teniendo que trabajar en albañilería, hasta que a los 24 años retoma la bebida, en compañía de compañeros de colegio y universidad. Señala que la causa fue obtener aprobación de grupo, en sus propias palabras “para pertenecer al grupo, como quien dice por popularidad”, durante este periodo refiere que, consumía de dos a tres veces al mes, llegando a un estado de embriaguez, pero manteniendo la conciencia. Aunque en este lapso de tiempo el consumo disminuyó en frecuencia, enfatiza que la cantidad que ingería era exagerada, en comparación con las ingestas anteriores.

El último consumo lo realizó en el lugar de procedencia, en donde refiere haber tomado tres días seguidos, cantidades elevadas hasta embriagarse, con un grupo de amigos. Refiere que al regresar a casa tuvo una discusión fuerte con sus padres a lo que él, por los efectos del alcohol manifiesta haber agredido a su madre, “mi mami me estaba reclamando y

yo para evitar los gritos la empuje y me fui al cuarto". Este evento fue el detonante para su internamiento.

El usuario dispone de varios recursos que pueden ser favorables para su tratamiento como una aparente predisposición al cambio, la preocupación de los familiares, al igual que pertenecer a un nivel socioeconómico medio, puesto que le permite acceder a servicios terapéuticos. Finalmente, entre los factores que se identifican como de riesgo se encuentran que posee amigos con los realiza también la ingesta de alcohol y le resulta difícil negarse a sus peticiones.

1.2. Proceso de evaluación

El proceso de evaluación tuvo una duración de 4 sesiones y se inició con una entrevista no estructurada dentro del centro para el tratamiento de adicciones que hace uso de una modalidad de internamiento, en este primer encuentro estuvieron presentes terapeuta, coterapeuta y usuario. Posteriormente se aplicaron los instrumentos psicológicos y el autorregistro, es importante recalcar que previo a su aplicación se brindaron las instrucciones necesarias al igual que, se le explicó que al surgir dudas o inquietudes puede manifestarlas para que estas sean aclaradas.

Durante todo el proceso se observó al paciente colaborador, lúcido, orientado en tiempo y espacio, con un discurso claro y coherente, sin fuga de ideas. Además de que su apariencia física y estado de ánimo eran aparentemente normales. A continuación, se detallan cada una de las herramientas empleadas en el proceso de evaluación.

1.2.1. Entrevista con el paciente

La entrevista es una de las herramientas más utilizadas en la práctica clínica para el proceso de evaluación psicológica, consiste en una aproximación entre dos personas, entrevistador y entrevistado, que intercambian interacciones verbales o no verbales, de igual forma, esta cumple con labores de recogida de información, funciones terapéuticas y motivadoras. De los tantos objetivos que se le ha atribuido a la entrevista se puede destacar que favorece el establecimiento de una buena relación terapéutica (*rapport*), tener una

percepción más completa del sujeto al integrar tanto información verbal y no verbal, obtener información más exacta hacer de la problemática que está presentando el cliente y su vez incitar la expresión verbal del entrevistado (Paz y Peña, 2021).

Para este estudio se desarrollaron cuatro sesiones de entrevista las que se detallan a continuación:

- **Primera y segunda entrevista:** Aquellas entrevistas iniciales fueron desarrolladas por el terapeuta del centro y de acuerdo a sus registros se recabaron datos para completar la historia clínica. De esta manera, en estas dos sesiones se indago el historial de consumo, datos generales sobre la psicoanamnesis familiar, personal o si presentaban patologías anteriores. Sin embargo, no se dispone de fechas en específico o información acerca de las actitudes del paciente.
- **Tercera entrevista:** Debido a que las entrevistas anteriores fueron llevadas por el terapeuta, partir de la presente se nos asignó el caso. En esta el profesional, le explicó al usuario que trabajaremos conjuntamente. Además, se presenta el consentimiento informado, documento en el cual el paciente accede voluntariamente a la presencia del coterapeuta y que los datos tendrán fines académicos. En esta sesión se aplicaron test psicológicos a fin de evaluar una alteración de las funciones mentales o aparente presencia de un deterioro cognitivo. Para finalizar se completó información faltante de la historia clínica relacionada a la evolución de la enfermedad. Durante esta entrevista el paciente se mostró colaborador, atento, participativo, evocando un lenguaje coherente y ordenado y no se evidencio flujo de ideas
- **Cuarta entrevista:** Se brindó el saludo de bienvenida al paciente y se dedican unos minutos a una charla informal con la finalidad de contribuir al establecimiento de la relación terapéutica. Posteriormente se continúa recabando información faltante de la historia clínica mediante una entrevista

semiestructurada, para recolectar datos específicos para su historia clínica y poder entender de mejor manera la problemática y su contexto.

En cuanto a lo recopilado en el desarrollo de esta entrevista, se pudieron obtener referencias en relación a la primera ingesta como fue su experiencia, que le provocó la ingesta, además de los motivos que lo llevaron a consumir. De igual forma se recolectó información acerca de su núcleo familiar, su desarrollo personal y social desde el nacimiento hasta la edad actual. También se consideró importante conocer como era su pensamiento a futuro, que era lo que esperaba, esto con la finalidad de denotar una posible predisposición al cambio.

1.2.2. Observación clínica

López, et al., (2019) definen a la observación psicológica como un aspecto fundamental para la obtención de información debido a que permite establecer un diagnóstico oportuno y a su vez decidir el tipo de terapia que se trabajara. Mediante ella es posible recolectar datos de tipo no verbal, como actitudes, o conductas, que pueden ser de beneficio para el diagnóstico.

Se evidenció que el usuario estuvo orientado en tiempo y espacio, con conciencia lúcida a lo largo de todas las sesiones, no presentaba dificultades en la memoria, con un pensamiento que en curso, estructura y contenido aparentemente era normal, sin alteraciones perceptivas, no se detectaron alucinaciones y delirios.

No mostró problemas en la capacidad del lenguaje, en cuanto a la afectividad de manera aparente el usuario expresó un leve cuadro ansioso y leve labilidad afectiva, evidenciada mediante una fase psicoexpresiva que denota tristeza. Evidenció también niveles normales de voluntad, así mismo, presenta inquietud leve acompañada de una excitación motora moderada, con una introspección adecuada sobre sus propios estados y actos.

En lo que respecta a los hábitos del usuario, este realiza deporte, se alimenta adecuadamente, aunque llevaba hábitos de consumo, no muestra alteraciones en el apetito,

pero presenta dificultad para conciliar el sueño. Según lo reportado posee un nivel de inteligencia aparentemente promedio. Finalmente, mostró un buen aspecto físico, vestimenta limpia y acorde a su edad y sexo, adecuado aseo personal, se evidenciaron tatuajes en zonas de los brazos.

1.2.3. Autorregistro

Este tipo de instrumentos, dentro del campo de la psicología sirven al clínico para, tener una idea más clara sobre comportamientos o conductas específicas y así poder disponer de evidencias más objetivas, este ha sido categorizado como una herramienta muy útil en el diagnóstico clínico, puesto que brinda información sobre la frecuencia con la que se da el objeto de estudio (Sánchez y Cantón, 2021).

El paciente completó como parte del proceso de evaluación un autorregistro (ver Apéndice A), el mismo que contenía información sobre situaciones que lo llevaban a consumir, personas con quien realizaba esta actividad, en que lugares se desarrolló, frecuencia y cantidad, además de las consecuencias derivadas del consumo. Las respuestas brindadas por el paciente se resumen a continuación.

Con las respuestas brindadas por el paciente en el autorregistro, se deduce que este consume por influencia del grupo de pares, siempre trata de hacerlo en compañía y en una frecuencia elevada. Una vez que los efectos de la sustancia pasan experimenta sentimientos de culpa además de malestar a nivel físico.

1.2.4. Instrumentos psicológicos aplicados

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

Es una prueba utilizada para la detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, ha sido desarrollada por un conjunto de especialistas en el tema de las adicciones, auspiciados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para abordar el problema de consumo de sustancias en los servicios de salud pública (WHO ASSIST Working Group, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011), esta prueba de ha sido sometida a diferentes fases de validación resultando en la versión 3.1. Además, esta prueba debe aplicarse por un profesional de la salud. Está conformada por 8 ítems, y el tiempo para su desarrollo se estima entre los 5 y 10 minutos. Con respecto a su estructura cada una de las preguntas desde la 2 a la 7 tienen varias opciones a escoger y la puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de las respuestas seleccionadas, lo que indicará el nivel de riesgo. Una puntuación igual o mayor a 27 representa un riesgo alto, entre 4 a 26 un riesgo moderado y entre 0 y 3 riesgo bajo.

En relación a la fiabilidad del instrumento, el ASSIST, ha demostrado poseer una excelente consistencia interna en muestras de pacientes con problemas de consumo alcanzando un coeficiente Alpha de Cronbach de ($\alpha = 0.91$). De igual forma este instrumento cuenta con estudios de validez concurrente (Soto-Brandt et al., 2014).

En el caso del paciente evaluado se evidencia 16 puntos para tabaco, lo que sugiere un nivel de riesgo moderado, en relación al alcohol obtiene 27 puntos situándolo en un nivel de riesgo alto, y con respecto al cannabis obtuvo 3 puntos lo que muestra que el nivel de riesgo es bajo. Es importante manifestar que este patrón de consumo de tabaco no se detecto en las entrevistas iniciales, sino más bien gracias a este instrumento.

Mini Examen del Estado Mental (MMSE – Mini-Mental State Examination)

Fue elaborado por Folstein en el año de 1975, con el objetivo de evaluar el estado mental de pacientes hospitalizados, busco ser una herramienta relativamente más rápida a otras empleadas hasta aquel entonces como el test de WAIS o el test de Withers y Hinton (Folstein et al., 1975). Ha sido adaptado a diferentes contextos culturales y la adaptación al español fue desarrollada por Lobo (Lobo et al., 1999).

El Mini Examen del Estado Mental (MMSE), trata de una prueba que consta de 11 preguntas, tal debe resolverse de forma escrita puesto que evalúa hasta diferentes áreas cognitivas como la memoria, atención, orientación tempero espacial, lectura, construcción

visuo-espacial, repetición, nominación verbal, comprensión, escritura y registro de palabras. La puntuación máxima a obtener es de 30 puntos, mientras que las puntuaciones bajas indican un posible deterioro cognitivo o demencia (Llamuca et al., 2020).

Al igual que el instrumento original de Folstein se ha evidenciado que la versión del MMSE adaptada al español, también contiene buenas propiedades psicométricas, por ejemplo, la confiabilidad de este instrumento se midió mediante el coeficiente alpha de Cronbach ($\alpha = 0.80$) lo que indica que este instrumento es de uso fiable. De igual forma cuenta con análisis de validez de contenido (Lobo et al., 1999).

Luego de aplicársele esta prueba el usuario obtuvo un total de 30 puntos lo que indica que no presenta un deterioro aparente del funcionamiento cognitivo.

Test de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test)

El AUDIT, fue desarrollado en 1982, por la OMS publicándose en 1989, con el objetivo de detectar un consumo excesivo de alcohol, este cuestionario se encuentra conformado por 10 ítems y su administración puede llevar hasta cinco minutos. Para la calificación, se debe realizar una suma de todas las respuestas, lo que da una puntuación total de entre 0 a 40 puntos, Se ha establecido un punto de corte de 8 puntos para definir el consumo de alcohol como una problemática para el sujeto (Reinert y Allen, 2002; Riveros et al.,2018).

Este instrumento presenta una buena confiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .86$), además cuenta con estudios de validez de criterio (Riveros et al.,2018).

En este instrumento de evaluación el paciente presento un resultado total de 18 puntos lo que sitúa al usuario en un riesgo alto, es decir que su consumo de alcohol puede estar provocando daño.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)

Este inventario ha sido desarrollado en Estados Unidos, basándose en el modelo de personalidad y psicopatología propuesto por Millon en 1998. Permite medir síndromes clínicos severos, síndromes clínicos básicos, trastornos severos de personalidad y patrones de personalidad básicos. Este instrumento de evaluación es de tipo auto reporte, cuenta con 175 ítems de respuesta de verdadero o falso, de tal forma que estos ítems se han agrupado en 28 diferentes escalas (Souci y Vinet, 2013).

En su versión original y adaptaciones al español posee adecuadas propiedades psicométricas con valores alfa de Cronbach que varían entre ($\alpha = .66$ a $.86$). De igual forma cuenta con estudios de validez concurrente con pruebas como MMPI con resultados satisfactorios (Vinet et al., 1999, pp.162).

En este instrumento el usuario obtiene un puntaje de 87, lo que indica que los rasgos de personalidad tipo antisocial de igual forma se obtiene un puntaje de 83, en relación a dependencia del alcohol. Y un puntaje de 81 en rasgos de personalidad negativista. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los puntajes deben ser interpretados en el contexto de una evaluación integral y no de forma aislada.

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA

Esta escala de URICA, fue desarrollado por Prochaska y DiClemente en 1984 y tiene como objetivo evaluar el nivel de actitud, intención o disposición de un individuo a realizar un cambio.

Está diseñada para medir 4 diferentes estadios de cambio, cuenta con 32 ítems que están distribuidos en relación a cada estadio de cambio, tales como pre-contemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Estos ítems van a tener una escala tipo Likert de 0 a 5 puntos como opciones de respuesta, pudiendo obtener de 0 a 35 puntos por cada estadio (Vallejos et al., 2007).

Esta herramienta ha demostrado tener buenos niveles de confiabilidad, con puntajes de Alpha Crombach de ($\alpha = 0,81$) en muestras hispanohablantes y de igual forma en lo que respecta a la validez de constructo su estructura tetrafactorial se ha mantenido luego de un análisis factorial exploratorio (Vallejos et al., 2007).

En cuanto al puntaje obtenido por el usuario, en el estadio de pre-contemplación alcanzó un total de 15 puntos, en el estadio de contemplación un total de 35 puntos, en Acción, 35 puntos y en Mantención 27 puntos. Estos resultados sugieren que el usuario se encuentra en un estadio de acción para el cambio, con una buena predisposición para iniciar un tratamiento.

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

Desarrollado por Barratt en 1959, es un instrumento de autoreporte muy utilizado a nivel mundial para la evaluación de la impulsividad en la población adulta, ya sea en el ámbito investigativo o clínico, esta prueba ha sido utilizada en estudios relacionados con trastornos del estado de ánimo, agresión trastornos de personalidad, suicidio y adicciones (Chahín-Pinzón, 2015).

Consta de 30 ítems agrupados en 3 subescalas las cuales son impulsividad cognitiva/atención, impulsividad motora, impulsividad no planeada. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta y la puntuación total, así como de cada dimensión se consigue sumando los ítems (Salvo y Castro, 2013).

Se ha evidenciado una buena confiabilidad con puntajes en el coeficiente Alpha de Cronbach que varían entre ($\alpha = 0.7$ y 0.9), De igual forma cuenta con validez concurrente (Salvo y Castro, 2013).

En esta, el usuario alcanzó un puntaje de 46 para la escala total, mientras que para la subescala de impulsividad cognitiva obtuvo 8 puntos, para la subescala de impulsividad

motora 11 puntos y para la impulsividad no planeada obtuvo un total de 27 puntos. Estos resultados sugieren una tendencia impulsiva en el usuario.

Escala Multidimensional de Asertividad (EMA).

Elaborada en 1989 por Flores y Díaz-Loving y busca evaluar el grado de asertividad que presenta un individuo, es decir la habilidad que posee una persona para autoafirmarse en diferentes contextos y situaciones que se presenten a diario (Flores y Díaz-Loving, 2004).

Este instrumento es de tipo auto aplicable consta de 45 reactivos con una escala tipo Likert de respuestas donde 1 es completamente en desacuerdo y 5 es completamente de acuerdo. Mide tres dimensiones asertividad indirecta, no asertividad y asertividad, puede ser aplicable por cualquier profesional de la psicología, a individuos desde los 15 años en adelante para su calificación debe hacerse una suma por cada uno de los valores escogidos en cada ítem por cada dimensión. Es importante que al calificar se considere que los ítems 15, 22, 33 se califican de forma inversa. Los resultados deben interpretarse según los baremos establecidos, si los valores T caen entre 40 a 60 el usuario está dentro de la normalidad. En cuanto a su confiabilidad cuenta con una confiabilidad muy buena con valores Alpha de Cronbach de ($\alpha = 0.91$), además que cuenta con validez de constructo (Flores y Díaz-Loving, 2004).

En cuanto a la puntuación cruda de esta escala el usuario obtuvo un puntaje de 19 puntos para asertividad; 64 puntos para no asertividad; y 69 puntos en el factor asertividad indirecta. Estos puntajes sugieren que el paciente tiene dificultades en lo que respecta a asertividad.

Listado de Síntomas Breve LSB-50

Este listado es un nuevo instrumento elaborado en 2012 a partir de la experiencia de, de Rivera y Abuín quienes son los autores de esta prueba para la identificación, y valoración de sintomatología psicológica y psicósomática (De Rivera y Abuín, 2012).

Es un instrumento de tipo auto aplicable compuesto por 50 ítems esta debe ser respondida en una escala tipo Likert de 0 a 4, donde 0 es nada y 4 es mucho. Además, enfatizan que esta prueba proporciona puntajes con respecto a dos subescalas de validez, tres índices de tipo general, nueve escalas y subescalas, finalmente un índice que determina el riesgo patológico. se han obtenido baremos en muestras de población general, odontológica y clínica psicopatológica en varones y mujeres (De Rivera y Abuín, 2012).

En cuanto a sus propiedades psicométricas la confiabilidad de esta prueba fue medida mediante el Alpha de Cronbach, donde los coeficientes oscilan entre ($\alpha = .82$ y $.90$) indicando así una alta consistencia interna. En cuanto al estudio de su validez este instrumento cuenta con una validez concurrente (Abuín y de Rivera, 2014).

El usuario respecto a esta prueba obtuvo puntajes más elevados en la subescala de (An) ansiedad con un percentil de 80, de igual forma en la subescala sueño (Su) al obtener un percentil de 75. También es importante manifestar que se evidenció una tendencia a minimización de los síntomas.

1.3. Proceso diagnóstico

El diagnóstico psicológico constituye una herramienta que permite apreciar la naturaleza de una enfermedad mental, se trata de un análisis global de un sujeto con gran influencia de elementos cualitativos, a fin de clasificar de forma nosológica a la persona (Paz y Peña, 2021). Por tanto, el diagnóstico trata de categorizar a todos aquellos elementos de tipo biográfico, personal, familiar, social y psicológico que condicionan y contribuyen al desarrollo o mantención de una enfermedad (Bertini, 1981).

Por otra parte, existen diferentes Manuales para establecer un diagnóstico, tal es el caso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), mismo que fue desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría quienes indican, que trata de una taxonomía de trastornos de índole mental, que posee criterios asociados, diseñados para facilitar el diagnóstico de estos trastornos de una forma más fiable. Aquí se clasifican dos

tipos de diagnóstico: el diagnóstico principal y el diagnóstico provisional. El principal será la afección que se ha establecido como causa fundamental, por la que ingresa a hospitalización o consulta psicológica un individuo, siendo el foco principal para el tratamiento. En cambio, el provisional, se usa cuando existen fundamentos para suponer que se van a cumplir ciertos criterios para uno o más trastornos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Ahora bien, para llevar a cabo el proceso diagnóstico, se hizo uso de diferentes herramientas entre las que se incluyen la entrevista psicológica, la observación clínica, autorregistros, instrumentos psicométricos y el manual mencionado anteriormente (DSM-5), la información obtenida de estas herramientas se detalla a continuación, en los diferentes tipos de diagnóstico establecidos para el paciente.

1.3.1. Diagnóstico presuntivo

Debido a la información recolectada, para el caso del paciente, se establecieron dos diagnósticos presuntivos, puesto que en su historial de consumo constan dos sustancias. Además, que en el test ASSIST se encontraron puntuaciones moderadas para tabaco y alto para el consumo de alcohol. Por ende, se ha considerado los siguientes diagnósticos provisionales.

- 305.1 Trastorno por consumo de tabaco moderado
- 303.90 Trastorno por consumo de alcohol grave

1.3.2. Diagnóstico diferencial

Con base a lo recopilado a lo largo del proceso de evaluación, a continuación, se estableció un diagnóstico diferencial, aquí se realizó el descarte de uno de los presuntos cuadros psicopatológicos, debido a que el otro diagnóstico mencionado se considera definitivo, al cumplir en su totalidad con los criterios establecidos.

- **305.1 Trastorno por consumo de tabaco moderado**

Se consideró inicialmente este trastorno ya que había un consumo de tabaco conjuntamente con la ingesta de alcohol. Esta información se la tomo del test de ASSIT debido a que en una sesión de evaluación donde se aplicó este reactivo el paciente obtuvo 16 puntos lo que mostraba un consumo problemático de esta sustancia. Además de que manifestó que cuando ingería alcohol en ocasiones también consumía tabaco, lo que nos llevó a inferir en su momento que presentaba este trastorno. Sin embargo, se descartó este cuadro ya que el paciente no consumía tabaco en momentos de sobriedad. Además, que no se han desarrollado fenómenos de craving, tolerancia o abstinencia a causa del tabaco. Si bien es cierto, se obtuvieron resultados moderados para el consumo de esta sustancia en uno de los instrumentos, la observación clínica y el no cumplimiento de criterios establecidos para este trastorno permitieron el descarte de esta condición.

1.3.3. Diagnóstico definitivo

Debido a los resultados obtenidos por el usuario en los diferentes reactivos psicológicos, lo recabado con el uso de la entrevista, observación psicológica y autorregistros. Además de que reunía todos los criterios diagnósticos, se pudo establecer un diagnóstico definitivo de:

303.90 Trastorno por consumo de alcohol grave, actualmente en un medio controlado.

En concreto entre los criterios diagnósticos que el paciente cumple en relación a esta sustancia tenemos que durante un plazo mayor a 12 meses ha presentado un patrón de ingesta alcohólica problemático que ha provocado hechos como consumir alcohol frecuentemente en cantidades mayores y durante un lapso de tiempo más prolongado del que estaba planeado (A,1); además ha invertido mucho tiempo en la ingesta y recuperación posterior de sus efectos (A,3). De igual forma la ingesta de alcohol recurrente le ha llevado incumplir deberes para con su familia y la universidad, (A,5); el consumo es continuado a pesar de sufrir problemas sociales e interpersonales persistentes exacerbados por los efectos del alcohol (A,6); además de haberle llevado a una reducción en la participación de

actividades de tipo familiar o educativas(A,7). Así mismo ha continuado realizando esta actividad, incluso si esta puede estar implicando un riesgo físico para su persona (A,8); Con respecto al criterio de tolerancia A.A. ha evidenciado una necesidad de ingerir alcohol cada vez en cantidades mayores para conseguir el efecto deseado (A, 10a); a la vez que el efecto es considerablemente reducido luego del consumo frecuente de la misma cantidad de alcohol (A, 10b)

Además de los criterios diagnósticos referidos previamente, hay que considerar ciertos factores personales y del entorno que motivaron a esta decisión diagnóstica, entre los que se encuentran, su círculo social ya que A.A cuenta con varias amistades que le incitan al consumo tanto del entorno universitario, como en su ciudad natal. De igual forma, el paciente muestra elevada deseabilidad social, esto pudo verse evidenciado en el autorregistro, donde menciona que consumía a fin de integrarse en el grupo. Esto se corrobora con la escala de asertividad (EMA) la cual sugiere que el individuo no mantiene asertividad en las relaciones sociales por lo que le es difícil rechazar invitaciones.

De igual forma, muestra rasgos de inestabilidad de la personalidad e inestabilidad emocional, así como tendencias impulsivas que se han asociado tradicionalmente conductas de búsqueda de sustancias. Por otro lado, el usuario ha presentado puntajes elevados en dos diferentes test utilizados específicamente para evaluar el consumo de alcohol, los mismos que lo sitúan en un riesgo alto de daño y el padecimiento de un trastorno por consumo de alcohol.

Capítulo dos

Metodología

2.1. Tratamiento/Intervención

Para responder a las necesidades del paciente se empleó un enfoque cognitivo-conductual, el mismo se llevó a cabo en un total de 10 sesiones, de forma presencial, cada una tenía una duración aproximada de 45 y 60 minutos.

Estas se desarrollaron con un terapeuta y coterapeuta, dentro del centro para el tratamiento de las adicciones. En este plan terapéutico se pudo establecer una sesión de seguimiento en donde se aplicaron reactivos psicológicos para evaluar si se consiguieron cambios en el usuario.

2.1.1. *Objetivos terapéuticos*

En lo que respecta a la intervención se establecieron metas a lograr con el paciente, según la demanda que se ha identificado. De esta forma los objetivos quedaron establecidos de la siguiente manera:

- Conseguir la completa deshabitación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la sustancia o realización de la conducta adictiva.
- Proporcionar estrategias para mantener la abstinencia una vez esta se ha conseguido.
- Obtener un cambio en el estilo de vida, buscando nuevas alternativas a su conducta adictiva.
- Brindar herramientas para mejorar la relación familiar y social una vez el paciente abandone el centro.

2.1.2. Plan de tratamiento/intervención

Habiendo establecido previamente los objetivos o metas a alcanzar, es necesario emplear un plan terapéutico a trabajar con el usuario en el que se utilicen diferentes técnicas de intervención psicológica, mismas que se muestran brevemente en el siguiente esquema:

Tabla 1

Plan de tratamiento terapéutico.

SESIÓN	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVO DE LA SESIÓN	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1 (45 minutos)	-Conseguir la completa deshabitación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la sustancia o realización de la conducta adictiva	-Activar la respuesta de relajación del organismo del usuario. -Disminuir niveles de estrés o ansiedad del usuario. -Brindar información acerca de las causas y consecuencias del consumo de alcohol.	-Psicoeducación. Respiración diafragmática.	- Se hace uso de recursos tecnológicos, como diapositivas, un computador. - Se usa incentivos luego de la psicoeducación. - Tarea: Practicar durante los momentos de calma, al menos 3 veces al día, la técnica de relajación (respiración diafragmática) aprendida durante la sesión.
2 (60 minutos)	-Brindar herramientas para mejorar la relación familiar y social una vez el paciente abandone el centro	-Establecer una mesa de dialogo familiar, con un preparación emocional previa tanto para la familia como para el usuario, para que la confronta y la comunicación que se dé con la familia		Confronta familiar.

		sea asertiva, sea expresada desde la emoción y no del rencor.		
3 (45 minutos)	<p>-Conseguir la completa deshabituación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la sustancia o realización de la conducta adictiva</p> <p>-Brindar herramientas para mejorar la relación familiar y social una vez el paciente abandone el centro</p>	<p>-Lograr una comunicación fluida, consiente y consistente con los demás.</p> <p>Respetando sus intereses y derechos.</p>	<p>-Entrenamiento en habilidades asertivas:</p> <p>Técnica de aplazamiento asertivo y</p> <p>Técnica del disco Rayo.</p>	<p>Tarea: realizar una lista de al menos 5 situaciones en las que el usuario solía consumir y la forma en como respondería aplicando las técnicas aprendidas en la sesión.</p>
4 (45 minutos)	<p>-Lograr la completa deshabituación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la sustancia o realización de la conducta adictiva.</p>	<p>-Ayudar a relajar la mente y el cuerpo para una eficacia en el desarrollo de la sesión.</p> <p>-Capacitar al usuario para que pueda hacer frente a las urgencias que aparezcan y afrontar sus estados emocionales que lo pueden nuevamente llevar a consumir.</p>	<p>- Relajación -Estrategias de afrontamiento:</p> <p>Técnica de resolución de problemas.</p>	<p>Tarea: plantear 1 situación problemática significativa que llevaba al usuario a consumir (previo al ingreso) y aplicar la técnica de resolución de problemas.</p> <p>Ficha de resolución.</p>

5 (30 minutos)	<p>-Lograr la completa deshabituación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la sustancia o realización de la conducta adictiva.</p> <p>-Brindar herramientas para mejorar la relación familiar y social una vez el paciente abandone el centro.</p>	<p>- Entrar a un estado de relajación, con la finalidad de que la aplicación de la siguiente técnica sea más eficaz.</p> <p>-Dirigir al usuario a un interaccionar positivo y adecuado en el ambiente que se desenvuelve y con personas de relevancia para el usuario mediante el modelo de una conducta positiva y adecuada.</p>	<p>- Relajación -Entrenamiento en habilidades sociales: Técnica de Modelado</p>
-------------------	---	---	--

6 (30 minutos)	<p>-Conseguir la completa deshabituación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la sustancia o realización de la conducta adictiva.</p> <p>-Brindar herramientas para mejorar la relación familiar y social una vez el paciente abandone el centro.</p>	<p>- Entrar a un estado de relajación, con la finalidad de que la aplicación de la siguiente técnica sea más eficaz.</p> <p>- Permitir que el usuario identifique la forma adecuada de dar respuesta a situaciones en las que se vea expuesto.</p> <p>- Conseguir que el usuario integre técnicas previamente aprendidas.</p>	<p>- Relajación -Entrenamiento en habilidades sociales: Role Playing</p>
-------------------	--	---	---

7 (40 minutos)	<p>-Conseguir la completa deshabituación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la sustancia o realización de la conducta adictiva.</p>	<p>- Entrar a un estado de relajación, con la finalidad de que la aplicación de la siguiente técnica sea más eficaz.</p> <p>-Alcanzar una modificación del dialogo interno, para que lo que la persona se diga no interfiera al momento de resolver sus dificultades.</p>	<p>-Relajación -Técnicas de programación conductual: Entrenamiento en Autoinstrucciones.</p>	<p>Tarea: imaginar tres situaciones en las que normalmente el solía consumir y usar técnicas de autoinstrucciones para evitar estas situaciones.</p>
8 (60 minutos)	<p>-Obtener un cambio en el estilo de vida, buscando nuevas alternativas a su conducta adictiva.</p>	<p>- Interrumpir los pensamientos negativos, que generan malestar emocional, y sustituirlos por otros pensamientos positivos y más adaptativos.</p> <p>- Establecer metas y amenazas a corto mediano y largo plazo.</p>	<p>- Relajación -Técnicas para modificar el estilo de vida: Parada del pensamiento,</p>	<p>Tarea: Realizar el plan de vida, y FODA.</p>
9 (60 minutos)	<p>-Obtener un cambio en el estilo de vida, buscando nuevas alternativas a su conducta adictiva.</p> <p>-Proporcionar estrategias para mantener la abstinencia una vez esta se ha conseguido.</p>	<p>-Organizar, su vida, en el sentido de ir adquiriendo más responsabilidades en el trabajo, en los estudios, en la familia, con los amigos, con la pareja, etc.</p> <p>-Proporcionar un entrenamiento en técnicas de</p>	<p>-Relajación Técnica de prevención de recaídas</p>	<p>-Retroalimentación del FODA y proyecto de vida, trabajo en misión y visión.</p>

prevención de la
recaída para
mantener la
abstinencia a lo
largo del tiempo,
una vez alcanzada
la abstinencia

10/ Seguimi ento	-Evaluar los avances alcanzados en el usuario.	-Aplicación de reactivos psicológicos previamente aplicados. - Cierre terapéutico.
------------------------	---	--

Nota. Se muestra el esquema general del plan terapéutico con las técnicas a trabajaren en cada sesión.

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico

El proceso terapéutico se dio en 10 sesiones en modalidad presencial, se llevaban a cabo dos veces por semana; mismas que, son descritas a continuación:

Primera sesión

Esta primera sesión se la llevó a cabo la técnica de psicoeducación misma que consiste en brindar contenidos de conocimiento teórico general que es viable para el autoconocimiento racional emocional y conductual, de tal forma que los usuarios aprenden a través de la observación teórica y ejecución de lo que se aprende (Bulacio et al., 2004). Además, se utilizó la técnica de respiración diafragmática, la cual es una técnica de tipo cognitivo-conductual que busca que el paciente utilice la respiración como una forma para poder conseguir relajar el cuerpo contribuyendo a la reducción de niveles de ansiedad, estrés, tensión muscular, entre otros (Rodríguez et al., 2005).

La sesión inició con proceso de relajación del usuario por medio de la técnica de respiración diafragmática. Para esto inicialmente se le explicaron los pasos de la técnica, y se guio al paciente repitiendo los pasos hasta conseguir un estado de relajación. Para esto se le pidió al paciente ubicarse en una posición cómoda. Seguidamente debía poner una mano en el pecho y otra en el estómago e inhalar por la nariz tanto como se pueda, aquí debe permitirse que el estómago vaya subiendo conforme el aire va entrando a los pulmones. Puede realizarse durante 3 y 5 segundos, luego exhalar por la boca, hasta vaciar todo el aire inhalado, debe permitirse que el estómago baje y se hunda conforme va saliendo el aire de los pulmones. Puede realizarse de 3 a 5 segundos. Esperar unos segundos sin aire en los pulmones. Volver a repetir cada paso hasta conseguir una sensación de relajación en el cuerpo.

Una vez realizada la relajación, se continuó con la psicoeducación, para llevar a cabo esta técnica se hizo uso de recursos digitales, como diapositivas que contenían información relevante con respecto al consumo de alcohol sus efectos, factores de riesgo y protección.

Para finalizar se hizo una ronda de preguntas con el usuario, a fin de evaluar y/o reforzar contenidos, cada vez que el usuario respondía de forma satisfactoria una pregunta se daba un incentivo, entre más compleja era la pregunta mayor era el incentivo al cual podía acceder.

Como tarea, se envió a que el usuario practique la técnica de relajación (respiración diafragmática) aprendida durante la sesión. En momentos en los cuales no tenía actividades designadas en el centro y antes de dormir al menos 3 veces al día.

Durante esta sesión se logró conseguir un estado de relajación en el usuario además de brindarle la información necesaria con respecto a la problemática que está manifestando, alcanzando la comprensión por parte del paciente acerca de lo perjudicial que es la ingesta excesiva de alcohol.

Segunda sesión

En esta sesión se detuvo momentáneamente el cronograma establecido en el plan terapéutico ya el paciente pidió expresamente ser preparado para la *confronta familiar* un procedimiento estándar del centro en el que se establece un espacio de dialogo y expresión de emociones a través del reencuentro con familiares del usuario después de varios meses sin verse. Con la finalidad de brindar herramientas para mejorar la relación familiar y social una vez el paciente abandone el centro.

Para eso inicialmente se preparó emocionalmente al usuario, haciendo que se enfoque en los puntos importantes que quisiera destacar en el dialogo con los familiares, el paciente menciona que quiera agradecerles por todo el apoyo prestado, porque le financiaban la universidad, porque estaban ahí siempre en cada problema que él podía experimentar. De igual forma, se realizó este procedimiento con todos los familiares quienes destacaron como puntos fuertes del paciente que era un buen hijo que lo amaban y que estarían dispuestos a apoyarle en las dificultades. Posterior a esto se da el encuentro familiar en donde se exponen situaciones de preocupación, de tristeza y de amor. Finalmente, se les brinda un tiempo a solas al usuario y su familia.

Durante esta sesión se pudo llevar a cabo la preparación emocional tanto del usuario como de la familia, en esta se notó en el usuario una leve agitación motora, aparentemente su estado emocional era positivo. No mostró alteraciones en el lenguaje ni flujo de ideas, además, se logró una manifestación de las emociones, además de la expresión de afecto y apoyo que los familiares le ofrecen al usuario.

Tercera sesión

Esta sesión se trabajó con técnicas que desarrollen habilidades asertivas, como la técnica del disco rayado, en la que la persona que la practica repetirá una y otra vez lo que se quiere decir, hasta convencer al otro de que la manipulación no tendrá ningún efecto. De igual forma se empleó la técnica de aplazamiento asertivo la cual consiste en aplazar la respuesta hasta que el individuo se sienta más tranquilo y sea capaz de responder de una forma adecuada ante una discusión o crítica (Cabra y Sarasibar, 1995; Peñafiel y Serrano, 2017).

En lo que respecta al procedimiento de la sesión, inicialmente se acompañó al paciente para que realice una descarga emocional por lo experimentado en la confronta familiar llevada en la sesión anterior. Seguidamente se realizó el ejercicio de relajación aprendido previamente, para poder iniciar con la aplicación de la primera técnica que fue el disco rayado la cual fue explicada al paciente, y posteriormente mediante ejemplos modelados por el terapeuta y coterapeuta. Una vez realizado esto, se desarrolló el ejercicio con el usuario esto para ver como ejecutaba las técnicas en diferentes situaciones en las que el generalmente se veía inmerso. De igual forma, se realizó con la técnica del aplazamiento asertivo, para ello se explicó la técnica y posteriormente se modeló ejemplos por parte del terapeuta y coterapeuta de cómo llevarla a cabo para que el usuario los replique en la ejemplificación de situaciones de consumo en las que él se veía expuesto a decir sí y situaciones familiares en las que podía desembocar en conflictos.

Se envió de tarea a realizar una lista de al menos 5 situaciones en las que el usuario solía consumir y la forma como respondería, aplicando las técnicas aprendidas.

Con el desarrollo de esta sesión se logró dar una explicación concreta sobre la técnica, además, de que el usuario pudo demostrar la comprensión de las mismas mediante la ejecución de escenas planteadas durante la sesión.

Cuarta sesión

En esta sesión se utilizó un entrenamiento en resolución de conflictos basado en el modelo D´Zurilla, que consiste en la ejecución de cinco a diferentes situaciones problemáticas con el fin de encontrar una solución adecuada, entre ellos se encuentra: 1) la orientación del conflicto, 2) la definición del conflicto, 3) la elaboración de soluciones alternativas al conflicto definido, 4) la toma de decisiones y 5) la puesta en práctica de la solución y verificación de sus resultados (García, 2010).

Esta sesión se inició con el proceso de relajación utilizado en las sesiones pasadas, para posteriormente explicar en que consiste la técnica de resolución de conflictos. Seguidamente se indicó cuáles son sus beneficios en la práctica diaria y como se la llevaría a cabo. Conjuntamente con el paciente pidió que mencionase una situación conflictiva que lo llevaba al consumo tal como pelear con su madre y mediante esa situación se pudo ir aplicando paso por paso la técnica. Posteriormente se pidió al usuario que el mismo ejecutase la técnica en un nuevo ejemplo, para lo que se le facilitó un esquema con cada uno de los pasos a desarrollar.

Como tarea se envió se le pidió al paciente que llene una ficha elaborada previamente por el terapeuta en el cual se debía plantear situaciones problemáticas y debía resolverlos según los pasos previamente aprendidos en sesión para llegar a una solución adecuada.

En esta sesión, se consiguió la comprensión y ejecución de la técnica expuesta, ya que el usuario ejemplificó diferentes problemáticas que considero importantes y fue dándoles solución siguiendo los pasos de la técnica aprendida.

Quinta sesión

Esta sesión se estructuró para la aplicación de la técnica del modelado misma que consiste en que un individuo actúa como estímulo (molde), mediante la ejemplificación de conductas o actitudes positivas frente a situaciones difíciles con el fin de modificar una conducta, pensamiento o actitudes en otras personas que estén observando la actuación (Zubiaur, 2005).

Para dar inicio a esta sesión y aplicación de técnicas, se le pide al paciente que entre en un estado de relajación, hecho esto se empieza a explicar la importancia de actuar de una forma oportuna en momentos o ambientes donde se requiera de firmeza, y respeto. Seguidamente se expone una técnica de modelado donde se plantean situaciones que el experimentaba como por ejemplo la discusión con su padre, aquí el coterapeuta adopto el rol del padre. El terapeuta en este caso lleva a cabo el papel de modelo es decir que este modelaba actitudes y conductas positivas de cómo responder ante esta situación y el usuario mantuvo una posición de observador. Una vez ejemplificado eso el usuario debía ejecutar acciones de los modelos expuestos haciéndolo de una forma que el desee, pero sin perder la esencia de la técnica. Para finalmente realizar una retroalimentación acerca de esta técnica y lo aprendido.

Con esta sesión se logró brindar un modelo de cómo comunicarse asertivamente en situaciones que demanden estrés, además de que el usuario pudo replicar el modelo expuesto y ponerlo en práctica en diferentes escenarios.

Sexta sesión

Durante esta sesión se implementó la técnica de role playing con situaciones de consumo, esta técnica consiste en dramatizar mediante un dialogo e interpretación improvisada, una situación que implique un conflicto, para ver en este aspecto como da respuesta el usuario. Mediante este se pueden mejorar la solución de conflictos o asumir de mejor manera consecuencias de la toma de decisiones (Martín, 1992).

Inicialmente se inicia con el proceso de relajación, posteriormente se explica la utilidad y beneficio de la práctica de la técnica de role playing, y los beneficios que tiene en el desarrollo de una comunicación asertiva para poder enfrentar los problemas de consumo y conflictos familiares. Para poner en práctica la técnica se le explicó al paciente las respuestas asertivas y cómo actúa un sujeto agresivo. Luego de esto se hizo que el usuario adopte un rol de persona asertiva en un círculo donde hay dos sujetos uno agresivo (coterapeuta) y otro pasivo (terapeuta) en un contexto problemático que se relaciona con un hecho experimentado anteriormente por el paciente como una discusión con el padre, involucrándose aquí también situaciones relacionadas al consumo. Finalmente, se dio una retroalimentación de la importancia de la aplicación de esta técnica en el medio en el que se desenvuelve el usuario.

En esta sesión el usuario logró llevar a cabo adecuadamente el rol asertivo, puesto que al momento de poner en escena las diferentes situaciones el usuario pudo responder de forma asertiva sin causar incomodidad o conflictos.

Séptima sesión

En esta sesión se planteó el uso de la técnica de programación conductual de entrenamiento en autoinstrucciones. Esta herramienta sirve para favorecer la autorregulación conductual, es decir que esta técnica es utilizada para la regulación de la conducta por parte de la propia persona mediante la repetición de frases a manera de instrucciones para llevar a cabo una tarea previamente designada o presentada. Para ejecutar esta técnica se deben seguir cinco pasos o fases, primero el terapeuta toma el papel de modelo, puesto que irá repitiendo las autoinstrucciones en voz alta, seguidamente el terapeuta verbaliza las autoinstrucciones mientras el usuario las ejecuta. En la fase siguiente el terapeuta ya no actúa como modelo, sino que el paciente es quien se da las autoinstrucciones a la vez que actúa, luego de esto el usuario empleará las autoinstrucciones en voz baja, para finalmente emplearlas de forma mental, es decir que las debe pensarlas e ir las ejecutando (Ríos, 2021).

Para dar paso al desarrollo de la sesión, se pide al paciente realizar la técnica de relajación. Seguido de esto se le explica al paciente la importancia del autocontrol en diferentes situaciones, además se le brinda información sobre cómo desarrollar este entrenamiento en autoinstrucciones en las cinco fases, y seguido de esta explicación se le da un ejemplo al paciente para que posteriormente este la ejecute, una vez ejecutada por el usuario se da una retroalimentación de aspectos que se deben trabajar y en que situaciones podría aplicarlas.

De tarea se envió a que planteara tres situaciones de consumo donde podría aplicar esta técnica y que autoinstrucciones utilizaría para controlarlas de mejor forma.

Durante la sesión se consiguió que el usuario comprenda y ejecute de forma correcta la técnica de entrenamiento en autoinstrucciones y que dentro de esta el haya podido integrar también técnicas anteriormente aprendidas.

Octava Sesión

Para llevar a cabo esta sesión se pretende trabajar aplicando técnicas como la parada de pensamiento. Esta es una técnica cognitivo-conductual que utiliza una verbalización como “alto” para detener momentáneamente los pensamientos intrusivos del paciente, seguido de esta verbalización deben sustituirse los pensamientos negativos, por pensamientos más adaptativos. Así mismo se realizó un análisis FODA, una herramienta que permite hacer una evaluación de la situación actual de una persona desde sus debilidades amenazas, fortalezas del individuo o su entorno. Finalmente, también se consideró importante la construcción de un proyecto de vida puesto que es esencial para el desarrollo de la personalidad y especialmente para que puedan obtener criterios y tomar decisiones en la vida. Este proyecto de vida está compuesto por apartados tales como la misión y visión, objetivos a corto mediano y largo plazo (Gómez, 2021; Pardo, 2005; Sánchez, 2020).

Primeramente, se procede a realizar el proceso de relajación del usuario por medio de la técnica de respiración diafragmática. Seguidamente se le brinda una explicación acerca

de la técnica Parada de pensamiento. Para poder realizar esta técnica primeramente se realizó una psicoeducación acerca de los pensamientos intrusivos disfuncionales y como estos afectan el estado emocional, a continuación, se trabajó una actividad con el usuario que consistía en identificar cuáles eran los pensamientos negativos que se le presentaban en situaciones de la vida cotidiana, como al preparar una exposición o ante conflictos familiares. Luego se simulaban imaginariamente cada una de las situaciones mientras se aplicaba y se practicaba la técnica. Una vez concluida la técnica de parada de pensamiento y debido a que la sesión estaba próxima a concluir, se procedió a realizar la explicación del proyecto de vida por cada uno de los apartados y el análisis FODA, en esta explicación se utilizó el material que el centro tiene preparado para tal efecto, por ende, se le detalló cada uno de los elementos al paciente y se le hizo preguntas para verificar si había comprendido.

Para finalizar una vez que nos percatamos que el paciente había comprendido la información se le envía de tarea a completar cada uno de los apartados del FODA y proyecto de vida para socializarlos en la sesión siguiente.

Durante esta se pudieron identificar varios pensamientos desadaptativos que interfieren en el desarrollo del paciente, y en base a estos se logró aplicar la técnica de parada de pensamiento. Pues el usuario la comprendió y la pudo llevar a cabo de forma adecuada,

Novena Sesión

Para esta penúltima sesión se consideró el uso de técnicas de prevención de recaídas que permitan al paciente identificar estímulos de alto riesgo, lo que es crucial para reducir la posibilidad de que este se exponga a estos y así pueda reaccionar de forma reflexiva antes ellos, evitando el consumo (Beck et al., 1999).

Inicialmente en esta sesión se dio la revisión y socialización del análisis FODA y el proyecto de vida que había sido previamente enviado como tarea, donde el paciente concluyó que contaba con oportunidades y fortalezas que le ayudaría a salir adelante en la consecución de sus objetivos y planes a futuro, puesto que quería terminar sus estudios, tener su propio

consultorio, ayudar a sus sobrinos y tener una familia. Además, se le recalcó la importancia de mantenerse alerta tanto a las debilidades como amenazas que había señalado como el círculo amistoso que podrían influir a una posible recaída y ver perjudicadas sus metas planteadas.

Posteriormente, se llevó a cabo la técnica de relajación, que se ha venido practicando a lo largo de las sesiones, para finalmente trabajar en lo que sería prevención de recaídas. Para el desarrollo de esta se procedió a explicar al paciente que es el craving y la importancia de poder reconocer estímulos que presentan un riesgo para consumir nuevamente la sustancia, posteriormente se presenta una ficha donde se le pide que identifique situaciones de riesgo e indique la probabilidad de recaída en una escala de 0 a 100 que le provocaría una situación determinada y a su vez se le pide que reconozca que tipo de técnicas puede usar para conllevar estas situaciones. Finalmente se da una revisión y retroalimentación de lo trabajado en la sesión.

Como tarea se enviaron a completar algunos instrumentos autoaplicables, para medir cambios en el usuario surgidos con la terapia.

Se pudo explicar la técnica de prevención de recaídas, a la vez que el usuario logró identificar las diferentes situaciones de riesgo, a las que se vería expuesto y que lo puedan llevar a consumir, además de que se consiguió que el paciente reconozca técnicas aprendidas en terapia que utilizaría para enfrentarse a esas situaciones estresantes que le demanden una posibilidad de consumo.

Decima Sesión

Con esta sesión se da por terminada la intervención terapéutica, en donde inicialmente se procede a manifestar puntos positivos de lo trabajado en terapia, por parte del paciente, seguidamente se realizó un cierre terapéutico, mediante la evaluación rápida de aspectos pendientes por trabajar, en el desarrollo personal del usuario, y finalmente el terapeuta y coterapeuta expresan un agradecimiento por el trabajo, predisposición y esfuerzo realizado

para llevar a término esta intervención. Finalmente es importante manifestar que se aplicaron reactivos psicológicos para evaluar el cambio del paciente.

En esta última sesión luego del tratamiento, se logró, dar un cierre terapéutico adecuado, con la estimación de puntos a trabajar para el desarrollo personal del usuario.

Capítulo tres

Resultados

3.1. Resultados Cuantitativos

A continuación, se presentan los resultados cuantitativos de la investigación en los cuales se puede evidenciar algunas de las pruebas aplicadas antes y después del proceso terapéutico. Es importante destacar que este análisis de resultados se enfocó únicamente en cuatro de los instrumentos aplicados inicialmente puesto que, los otros restantes están enfocados en medir la personalidad que, al ser un constructo estable, no puede variar en un periodo corto de tiempo, otros reactivos como el ASSIST y AUDIT que miden la variable de consumo en un tiempo estimado de un año por lo que no pueden volver a ser aplicados ya que la evaluación inicial fue hace 4 meses.

Tabla 2

Resultados cuantitativos

Nombre del instrumento	Resultados Pre-intervención	Resultados Post-intervención
Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)	46 puntos	45 puntos
Listado Breve de Síntomas LSB-50	Ansiedad: 80 puntos	Ansiedad: 70 puntos
	Sueño: 75 puntos	Sueño: 50 puntos
Escala Multidimensional de Asertividad (EMA)	Asertividad: 19 puntos	Asertividad: 57 puntos
	No asertividad: 64 puntos	No asertividad: 35 puntos
	Asertividad indirecta: 69 puntos	Asertividad indirecta: 36 puntos
Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)	Pre- contemplación: 15 puntos	Pre- contemplación: 15 puntos
	Contemplación: 35 puntos	Contemplación: 28 puntos
	Acción: 35 puntos	

Mantenimiento: 27 puntos**Acción:** 29 puntos**Mantenimiento:** 22 puntos

Nota. En este apartado se muestran los resultados cuantitativos obtenidos en los instrumentos, pre y post tratamiento.

En la tabla 2, se exponen los resultados obtenidos en cada una de las pruebas psicométricas aplicadas que apoyaron al diagnóstico, en cuanto a la impulsividad observamos que, en comparación con la primera aplicación, hubo una baja en este factor, lo que indica que lo trabajado en el proceso terapéutico, contribuyó a que el paciente redujera conductas impulsivas tanto en su forma de pensar, actuar y planificar.

De igual forma, ocurre con lo evaluado por el LSB-50, la puntuación obtenida antes del tratamiento disminuyó de forma considerable, pues en cuanto a la ansiedad tuvo una disminución de 10 puntos, y en cuanto a las alteraciones del sueño declinó 15 puntos lo que indica que con el tratamiento aplicado se ha conseguido una mejoría en lo que respecta a esta sintomatología ya que el paciente duerme mejor y se encuentra menos preocupado por acontecimientos de su entorno.

En cuanto al asertividad, los primeros resultados permitieron evidenciar que el paciente no poseía habilidades asertivas adecuadas, esto según los puntajes bajos obtenidos para cada uno de los factores. Sin embargo, luego de haber terminado el tratamiento, en lo conseguido en el post-test se notó una mejoría significativa en cada uno de los factores que componen este constructo, pues hubo un aumento en todas las puntuaciones.

Finalmente, al realizar un análisis de lo recabado tanto en el pre y post- test, de la Escala de Evaluación del Cambio, se pudo notar una ligera reducción de los puntajes en cada uno de los cuatro estadios de cambio, esto podría deberse a que al paciente se le extendió su periodo de estancia dentro del centro especializado para el tratamiento de las adicciones, y por ende disminuyó su motivación.

De igual forma se buscó conocer la satisfacción que el paciente presentaba con el tratamiento para ello se aplicó la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4), que evalúa la satisfacción con el mismo. Los resultados de este instrumento se pueden ver evidenciados en la siguiente tabla:

Tabla 3

Evaluación de la satisfacción con el tratamiento

Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4)	
Puntuación	235 puntos

Nota. Resultados cuantitativos de la evaluación de la satisfacción del paciente con el tratamiento.

Al ser esta una escala que va desde los 0 a 300 puntos, con la puntuación obtenida por el usuario, se evidencia que posee una buena satisfacción con el tratamiento puesto que, a mayor puntuación, mayor es la eficacia percibida del tratamiento.

3.2 Resultados Cualitativos

A fin de comprobar que el plan de tratamiento utilizado ha dado lugar a cambios importantes en el usuario, fue importante también disponer de una apreciación cualitativa. Para ello se empleó una ficha de valoración. Esta se usa para evaluar niveles de cambio percibidos en el usuario o a su vez el grado de satisfacción con la intervención realizada, además es importante que esta valoración se realice antes y después de ejecución del plan de tratamiento (Fernández-Ballesteros, 2014).

En la siguiente tabla, se muestran los resultados de la ficha de valoración, misma que expone datos importantes respecto al consumo de alcohol, antes y después del tratamiento.

Tabla 4

Resultados cualitativos

Variable	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
Consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> Consumo problemático de alcohol por más de 12 	<ul style="list-style-type: none"> Evidente predisposición al cambio, mejora en las

<p>meses, que ha causado malestar clínicamente significativo,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las responsabilidades en el ámbito social y personal son desapercibidas, producto de la demanda de tiempo que le conlleva la ingesta. • El consumo continuo se ha manifestado por medio de un evidente deterioro en el ámbito personal, social y de salud • El usuario manifiesta tolerancia al consumo, lo que prolonga un aumento en su ingesta para satisfacer su necesidad adictiva. • Mediante la aplicación de reactivos psicológicos se evaluó el riesgo de daños tras el consumo de Alcohol obteniendo los siguientes resultados, el test AUDIT, arroja un total de 18 puntos y el test ASSIST indicó un total de 27 puntos para el consumo de alcohol. 	<p>habilidades de afrontamiento para rechazar el consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> • El usuario comprende que la ingesta altera el cumplimiento de sus metas personales. • El usuario reconoce y muestra un cambio de perspectiva referente al consumo, comprende causas y consecuencias en el ámbito personal, social y de salud. • Valora los procesos de afrontamiento sobre aquellas situaciones de riesgo, el uso de estrategias regula los pensamientos que incitan al consumo. • El usuario manifiesta un compromiso con su persona por mejorar su estilo de vida, por medio de objetivos a corto y largo plazo.
--	--

Nota. Resultados cualitativos de la evolución y cambio del patrón de consumo que tuvo el paciente con la aplicación del tratamiento.

Debido a que, el usuario cumplió el tiempo de estadía establecido por el centro para el tratamiento de las adicciones, tuvo que retirarse, por ende, no se pudieron aplicar algunos de los test de post-intervención para la valoración de los cambios y metas conseguidas luego del tratamiento. Por ello se hizo uso de esta ficha de valoración (tabla 4), para destacar algunos cambios conseguidos.

Como se ha presentado en la tabla 4, el usuario ha mostrado una mejoría en la variable de consumo, pues sus deseos de consumir disminuyeron y aumentaron las

conductas dirigidas a conseguir sus objetivos. A la vez que, ha adquirido habilidades necesarias para enfrentarse a situaciones problemáticas. Igualmente, siente la capacidad de identificar situaciones de riesgo y saber que técnicas usar para poder sobrellevar pensamientos o deseos de consumir. Finalmente, el usuario manifiesta que ahora puede comunicarse de mejor forma con la familia o amigos.

Discusión

Previo a la discusión del proceso de evaluación y proceso terapéutico del usuario es conveniente repasar algunas de las condiciones relacionadas con su consumo, de esta forma nos encontramos con una persona que está ubicado dentro del rango que comprende a la edad adulta joven, además de que está atravesando ciertas repercusiones por el consumo problemático de alcohol como el abandono de ciertas actividades académicas y familiares que están poniendo en riesgo su desarrollo personal. Estas características concuerdan con las descritas por (Ahumada-Cortez et al., 2017; Pilco et al., 2021) quien menciona que personas en la edad adulta joven (18-25 años) suelen verse mayormente expuestas al riesgo de ingesta problemática de alcohol, debido a que durante esta etapa se enfrentan a nuevos retos para su desarrollo personal, como la adopción de nuevas responsabilidades, conseguir su desarrollo académico y profesional o rupturas de pareja. Este mismo autor sugiere, que con el tiempo los adultos consumidores tendrán afectaciones importantes en el área académica, tales como la deserción, o bajo rendimiento; además de problemas con familia o iguales (Pilco et al., 2021).

Ahora bien, en nuestra investigación buscamos desarrollar un proceso de evaluación integral en el que se incluyó diferentes recursos psicológicos como la entrevista, observación psicológica, autorregistros e instrumentos psicométricos, los cuales fueron de gran aporte para evaluar diversas áreas del usuario que se vieron afectadas por el consumo excesivo de alcohol y, por ende, llegar a un diagnóstico apropiado e implementar un tratamiento que se adapte a las necesidades que está presentando el usuario.

Esto coincide con lo manifestado por Becoña (2016), quien menciona que, para la evaluación de un paciente con trastornos adictivos, es necesario la utilización de diferentes recursos, con la finalidad de obtener la mayor de cantidad de información necesaria para el diagnóstico y tratamiento, este autor refiere que en el consumo de sustancias se debe emplear herramientas como la entrevista psicológica, la observación psicológica, autorregistros y reactivos psicológicos.

De igual forma, autores como (Becoña y Cortez, 2011; Fernández-Ballesteros, 2014; Pereiro, 2010) mencionan que, para llegar a un diagnóstico adecuado de una condición mental, se debe realizar un procedimiento estructurado a través de la aplicación de diversas herramientas entre las que se incluyen entrevistas, herramientas de autoinforme, e instrumentos psicológicos. Lo que se ajusta a lo realizado en este estudio de caso, donde previo a la aplicación del tratamiento se utilizaron recursos psicológicos que sirvieron como recogida de información y así poder obtener un número de datos importantes para poder establecer un diagnóstico.

En este mismo sentido, la presente investigación empleó un enfoque cognitivo conductual para el abordaje del paciente con resultados satisfactorios ya que hubo una disminución del deseo de consumo. Estos resultados se mostraron congruentes con autores que han sugerido el uso de la TCC para tratar a pacientes con drogodependencias como es el caso de Fullana et al. (2011), estos autores destacan que los tratamientos de tipo cognitivo-conductual cuya aplicación se ha probado en diferentes contextos clínicos, han tenido resultados positivos en trastornos adictivos y prevención de recaídas.

De igual forma, trabajos como el de (Secades y Fernández, 2001; Holder et al., 2000), que realizaron una recopilación de estudios donde se trabajaron con pacientes adultos de 18 años en adelante destacan que la terapia cognitiva-conductual es adecuada para el manejo de casos donde se evidencia un consumo de alcohol y otras sustancias de forma problemática. En estos estudios, también se hizo uso de diferentes técnicas del modelo cognitivo-conductual, tales como entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entrenamiento en resolución de problemas, y técnicas de prevención de recaídas con resultados satisfactorios.

Con base a lo manifestado queda en evidencia que en el presente estudio las herramientas cognitivo-conductuales han demostrado ser eficaces para el tratamiento de trastornos por consumo de alcohol en personas adultas jóvenes, resultados que a su vez son corroborados por otras investigaciones. Se considera que cada una de las técnicas aplicadas

fueron adecuadas y adaptadas a las necesidades que se presentaban, como modificar las conductas en relación al consumo, la mejora de la comunicación resolver conflictos de una forma apropiada y a negarse a las peticiones de consumo

Los resultados expuestos muestran la efectividad de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de trastornos de consumo en pacientes jóvenes. Las herramientas expuestas en este caso pueden resultar relevantes para pacientes que presentan condiciones similares, además, abren el campo de estudio para este ámbito que ha sido poco explorado a nivel nacional regional y local. Con estos resultados se aspira a que se puedan desarrollar políticas públicas a fin de mejorar los problemas de consumo presentes en la población y que han demostrado una gran prevalencia.

En cuanto a las limitaciones de este estudio se considera que el número de sesiones pudo ser un factor a considerar ya que nos encontrábamos limitados por la corta estadía que estaba prevista para el usuario. También fue relevante la poca posibilidad de reuniones con familiares del usuario para reforzar las técnicas y por ende ayudarles a desarrollar estrategias para que puedan apoyar al paciente dentro del hogar y de esta forma se conviertan en un factor protector para él.

Conclusiones

Se puede concluir que el establecimiento de un adecuado rapport permitió conseguir una alianza terapéutica positiva, además que realizar una evaluación donde se hace uso de distintas herramientas psicológicas como la entrevista, observación clínica, instrumentos psicológicos y autorregistros, sirvió de ayuda para recabar información importante con respecto al inicio de la problemática, el riesgo en el que se sitúa y las repercusiones que esta ha provocado en el paciente.

Igualmente, el uso del manual DSM-5, fue de gran utilidad, ya que gracias a esta herramienta se pudo realizar el diagnóstico del paciente, y a su vez descartar otros posibles trastornos. Además, la sintomatología que experimentaba el paciente, el cumplimiento de los criterios diagnósticos estipulados en el DSM-5, y la revisión teórica permitieron llegar al diagnóstico correspondiente.

El tratamiento cognitivo-conductual es una estrategia terapéutica eficaz que ha demostrado buenos resultados en el tratamiento de diversas patologías. En el caso específico de esta investigación, se ha evidenciado su efectividad para reforzar habilidades de afrontamiento de la sustancia, control conductual, potenciar habilidades asertivas, estrategias de resolución de problemas, mejorar la comunicación con el entorno, llegar a una solución óptima de conflictos y evitar posibles recaídas.

Recomendaciones

Debido a la eficacia del proceso evaluativo reflejado en este trabajo, se recomienda que en otros casos donde se evidencie una problemática con el consumo de alcohol se pueda hacer uso de un enfoque similar ya que ha demostrado ser efectivo para establecer el diagnóstico definitivo del paciente. De igual forma, es necesario evaluar al paciente tiempo después que haya salido del centro para obtener una mejor visión del cambio conseguido, en relación al consumo de la sustancia.

Además, es importante tener en cuenta la posible existencia de patologías subyacentes a la enfermedad actual. Por lo tanto, se recomienda el uso de manuales como el DSM 5, donde se establecen criterios específicos para cumplir y orientar al clínico en el establecimiento de un diagnóstico diferencial adecuado. Esto permite descartar aquellos cuadros que podrían parecer similares y llevar a errores diagnósticos.

Finalmente se recomienda la aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales, que hagan uso de técnicas de prevención de recaídas, técnicas de habilidades sociales y de afrontamiento para tratar a personas con una problemática de consumo de alcohol, ya que en este estudio se evidenció un cambio en el paciente. Sin embargo, se recomienda también tomar en cuenta las características personales del individuo y su entorno.

Referencias

- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., & Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.
- Ahumada, G., Araneda, J. C., Clarke, P., Francisco, C., y Hynes, M. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*. Organización de los Estados Americanos
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. Wright, F., Newman, C., y Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. México: Paidós.
- Becoña, E. (2016). *Trastornos adictivos*. Editorial Síntesis.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Bertini, J. (1981). El diagnóstico psicológico en la clínica psiquiátrica. *Revista de Psicología*, 8, 16-21.
- Briceño, X. (2016). *Tipologías de personalidad existentes en pacientes con trastorno depresivo, estudio a realizarse en el hospital del IESS-Machala* [Tesis de maestría no publicada]. Universidad del Azuay.
- Bulacio, J., Vieyra, M., Alvarez, D., & Benatuil, D. (2004). *El uso de la psicoeducación, como estrategia terapéutica*, XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Cabra, J., & Sarasibar, X. (1995). No digas que sí, cuando quieras decir que no. Taller de Habilidades Sociales. *Aula Material*, 29.

- Chahín- Pinzón, N. (2015). Revisión de las características psicométricas de la Escala Barratt de Impulsividad (BIS) a través de su historia: desde sus orígenes hasta la actualidad. *Psicología desde el Caribe*, 32(2).
- De Rivera, L., & Abuín, M. (2012). *LSB-50 Listado de Síntomas Breve*. TEA Ediciones.
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación Psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Flores, M., & Díaz-Loving, R. (2004). *EMA Escala Multidimensional de Asertividad*. Editorial El Manual Moderno.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-mental State.". *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.
- García, P. (2010). Formación en resolución de conflictos. *Propuestas y experiencias educativas para mejorar la convivencia*, 235.
- Gómez, J. (2021). *Adicción de un adolescente de 14 años e incidencia en una familia del cantón Jujan*. Universidad técnica de Babahoyo.
- Holder, H. D., Cisler, R. A., Longabaugh, R., Stout, R. L., Treno, A. J., & Zweben, A. (2000). RESEARCH REPORT Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction*, 95(7), 999-1013.
- Llamuca, J., Macías, y., Miranda, J. y Tapia, V. (2020). Test Minimental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo. *INNOVA Research Journal*, 5(3.1), 315-328.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Díaz , J., de la Cámara , C., Ventura , T. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *ResechGate*(2).

- López, A., Benítez, X., León, M., Maji, P., Domínguez, D., & Báez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2).
- Marín, M., Arias, F., López, J., & Rubio, G. (2019). Trastornos por consumo de alcohol. *Medicine - Programa de Formación Médica, Continuada Acreditado*, 12(85), 4993-5003.
- Martín, X. (1992). El role playing, una técnica para facilitar la empatía y perspectiva social. *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 4(15), 63-68.
- Martínez-Cardona, M. d., Muñoz-Borja, P., y Barberena-Borja, N. (2019). Consumo de alcohol y sus creencias en adolescentes y jóvenes. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(4).
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*. Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen*. Organización Panamericana de la Salud.
- Pardo, I. (2005). *Jóvenes contrayendo su proyecto de vida*. Cooperativa Editorial Magisterio.
- Paz, S., y Peña, B. (2021). *Fundamentos de la evaluación psicológica*. Abya-Yala.
- Peñafiel, E., y Serrano, C. (2017). Habilidades Sociales. *Revista salud y ciencias*, 1(2), 8-15.
- Pereiro, G. C. (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. Socidrogalcohol.
- Pilco, G., Santos, D., Erazo, L., y Ponce, C. (2021). Análisis del nivel de consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista PUCE*(112), 65-82. Obtenido de <http://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/356/340>

- Reinert, D., & Allen, J. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A Review of Recent Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 272-279.
- Rios, M. (2021). *Diseño entrenamiento en auto instrucciones basado en enfoque cognitivo conductual para mejorar satisfacción sexual en estudiantes de una Universidad Privada, Trujillo* [Tesis de pregrado no publicada]. Universidad Privada del Norte.
- Riveros, F., Vera, L., Gantiva, C., y Torres, L. (2018). Adaptación del Cuestionario para Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en universitarios colombianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 231-238.
- Rodríguez, T., García, C., y Cruz, R. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *MediSur*, 3(3), 55-70.
- Salvo, G., y Castro, S. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4).
- Sánchez, A., y Cantón, E. (2021). Intervención psicológica, para mejorar el disfrute en una joven deportista de Fit Kid. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*, 6(13), 1-9.
- Sánchez, H. D. (2020). *Análisis FODA o DAFO*. Bubok.
- Secades, R., y Fernández, J. (2001). Tratamientos Psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína, heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Soto-Brandt, G., Portilla, R., Huepe, D., Rivera-Rei, Á., Escobar, M. J., Salas, N., . . . Castillo-Carniglia, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*, 26(4), 291-302.
- Souci, M., & Vinet, E. (2013). Examen psicométrico exploratorio del millon clinical multi-axial inventory III (MCMI-III) en población penitenciaria chilena. *Salud & Sociedad*, 4(2), 168-184.

- Tello, S. (2016). *Programa de Asesoramiento Psicológico desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad para prevenir Problemas Emocionales en Hijos e Hijas Adolescentes de Padres Adictos o Adictas*. Universidad del Azuay.
- Vallejos, M., Orbegoso, C., & Capa, W. (2007). Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y Confiabilidad en Drogodependientes. *Revista de Psicología (Trujillo)*, 9, 52-59.
- Vinet, E., Saiz, J., Gemp, R., Benavente, P., Lutz, A., & Pezoa, S. (1999). Examen Psicométrico del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) en una muestra de pacientes chilenos. *Revista Terapia Psicológica*, 7(4).
- WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-1194.
- Zubiaur González, M., (2005). Algunas consideraciones sobre la utilización del modelado en la adquisición de habilidades motrices en niños. *Revista de Psicología del Deporte*, 14(1), 85-95.

Apéndice A

Autorregistro del paciente

Edad	¿Qué situación lo llevo al consumo?	¿Con quién estuvo?	¿Cuánto bebió?	¿Cuántas veces a la semana/mes?	¿Qué espero sentir cuando consumió?	¿Qué consiguió realmente cuando consumió?	¿Considera usted que la cantidad era poca en comparación con la anterior y por ende consumió más?
21 años	La situación fue por curiosidad, por querer saber cómo es tomarse un trago	Con unos amigos del colegio	Bebí hasta quedarme dormido	1 vez a la semana	Nunca espere nada deje que solo pasara.	Conseguí un fuerte dolor de cabeza, sed, malestar al siguiente día.	La cantidad era mínima fue solo una botella nada más
22 y 23 años	También fue por querer demostrar que ya era un adulto y quería que mis amigos lo vieran	Con ellos también era la primera vez que probamos y para todos fue una tremenda gozadera		De ahí era de una vez en el mes y cada vez iba aumentando hasta que ahora mi mayor record de alcohol fue de casi todos los días.	Deje esperar y experimentar las cosas sin tener en cuenta lo que muchos me decían como era el malestar y todos los estragos que daban.	Al siguiente día también tuvo cargo de conciencia y miedo de lo que diga mi hermana en especial porque con ella pasaba viviendo.	Desde ahí comenzó a aumentar todo mi consumo y cada que pasaba el tiempo iba subiendo más el consumo.
24 años	La universidad y los compañeros, por participar y hacerlo por emoción y sentir	Compañeros de universidad y del colegio	Bebí bastante hasta quedarme bien	Un periodo tomaba 3 veces por mes y otro 2 veces por mes	Espere compartir y conversar con mis amigos y querer sentir felicidad	De igual manera lo que conseguí fue un buen chuchaqui y dolor de cabeza. Igual con el mismo	Considero que si exagere en la cantidad porque si fue bastante en comparación con lo anterior fue mucho más de lo pensado.

que debía compartir y por querer pertenecer al grupo como quien dice por popularidad	mareado, pero no me dormí ni perdí la conciencia.	cargo de conciencia.
--	---	-------------------------

Nota. En esta tabla se registran datos como la edad, frecuencia, cantidad y efectos que experimentaba el paciente con el consumo de alcohol.