



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Abordaje psicoterapéutico de un paciente de 39 años con
síndrome de dependencia a múltiples sustancias y
trastorno mixto ansioso-depresivo en un centro
especializado**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora: Pazmiño Loaiza, Alejandra Elizabeth

Directora: Hurtado Armijos, Arianna Denisse

LOJA

2024



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>

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 20 de septiembre de 2024

Magíster

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Abordaje psicoterapéutico de un paciente de 39 años con síndrome de dependencia a múltiples sustancias y trastorno mixto ansioso-depresivo en un centro especializado, realizado por Alejandra Elizabeth Pazmiño Loaiza, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Arianna Denisse Hurtado Armijos, Mgtr.

C.I.:1104183643

Correo electrónico: adhurtado3@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Alejandra Elizabeth Pazmiño Loaiza, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Abordaje psicoterapéutico de un paciente de 39 años con síndrome de dependencia a múltiples sustancias y trastorno mixto ansioso-depresivo en un centro especializado, de la carrera de psicología clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo uno, correspondiente al marco teórico, capítulo dos, que comprende la metodología y el capítulo tres, donde se exponen los resultados, discusión y conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos, siendo la Mgtr. Arianna Denisse Hurtado Armijos, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

.....

Autora: Alejandra Elizabeth Pazmiño Loaiza

C.I.: 1150325569

Correo electrónico: aepazmino3@utpl.edu.ec

Dedicatoria

A mi amada abuelita Piedad, por ser mi persona incondicional, mi guía y refugio, cuyo amor inquebrantable y fortaleza me han inspirado a seguir mis sueños.

A mi madre María, por sus innumerables sacrificios, esfuerzo, y valentía. Gracias por brindarme las mejores oportunidades a través de su apoyo incondicional, por creer en mi incluso cuando yo dudaba, tú amor y apoyo me ha dado la fuerza para superar cada obstáculo.

A Jennifer, Laura, y Mati mis niños, gracias por sus ánimos para nunca rendirme, por compartir a mi lado cada alegría y tristeza, pero sobre todo por brindarme el amor más puro y ser mi mayor motivación.

A María y Juan Carlos, a quienes considero como mis segundos padres, gracias por sus valiosos consejos, por su cariño y apoyo incondicional. Su presencia en mi vida ha sido una bendición y sus enseñanzas me han guiado a ser mejor.

A mis queridos tíos Jenny y Robert por estar siempre pendientes de mis avances, por brindarme su cariño, apoyo y palabras de aliento, A mi primo Andrés, por ser mi cómplice y modelo a seguir.

A mis queridos mejores amigos Scarlet y Rafael, mis aliados más fieles y mi mayor apoyo durante tantos años, gracias por su amor incondicional, por contribuir de manera significativa a mi formación, y por estar siempre a mi lado en cada paso del camino. Su amistad es uno de mis mayores tesoros.

Desde el principio de mi trayectoria académica, todos ustedes han sido mi mayor inspiración y apoyo incondicional, sus palabras de aliento, consejos y su amor me han impulsado a alcanzar mis metas y a nunca rendirme, este logro lleva impreso su amor, y es en honor a ustedes que continué esforzándome para alcanzar mis metas.

Los amo con todo mi corazón, todos mis logros son suyos.

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja, y especialmente a la carrera de psicología clínica por haberme dado la oportunidad de afianzar mi amor por esta profesión.

A mi tutora Arianna, por su guía profesional, apoyo y paciencia para la ejecución de este proyecto, a mi tutora externa Jhuleidy, por sus enseñanzas y consejos para poder desempeñarme de una mejor manera en mi profesión y a mis docentes que han otorgado su amistad y compartido sus valiosos conocimientos tras estos años.

Del mismo modo agradezco a Britney y María Elisa mis amadas amigas y confidentes desde el primer día, por su apoyo incondicional tanto en los momentos de alegría como en los de dificultad, gracias por las aventuras, por cada risa compartida, y cada lagrima consolada. Su amistad ha sido un inmenso regalo a mi vida.

A Alis y Ángeles por su compañía, ánimo y hacer de este último ciclo algo más llevadero a pesar de las dificultades. Gracias por las risas, las conversaciones, y por siempre estar dispuestas a brindar una mano amiga.

Agradezco a todos mis amigos cercanos y familiares que fueron un apoyo fundamental dentro de estos cuatro años de carrera, Andrés, Dayuma, Erika, Anita, Adriana y a aquellos que se encuentran lejos gracias también por su apoyo incondicional a pesar de la distancia.

A todos ustedes con inmensa gratitud.

Índice de contenido

Carátula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido.....	VII
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 Identificación del paciente.....	7
1.1.2 Motivo de consulta	8
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología.....	9
1.2 Proceso de evaluación	11
1.3 Proceso diagnóstico	18
1.3.1 Diagnóstico presuntivo	19
1.3.2 Diagnóstico diferencial	19
Capítulo dos.....	23
Metodología.....	23
2.1 Tratamiento/Intervención.....	23

2.1.1	Objetivos terapéuticos	23
2.1.2	Plan de tratamiento/intervención	23
Capítulo tres	39
Resultados	39
Discusión	43
Recomendaciones	52
Referencias	53

Índice de tablas

Tabla 1	Puntuaciones de los instrumentos aplicados al paciente	17
Tabla 2	Plan de tratamiento.....	23
Tabla 3	Resultados cualitativos del consultante	41

Índice de figuras

Figura 1	Genograma familiar del paciente	7
Figura 2	Inventario de depresión de Hamilton.....	39
Figura 3	Inventario de Ansiedad de Hamilton.....	40
Figura 4	ASSIST Prueba de detención de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas..	40

Resumen

En el presente trabajo se aborda el caso clínico de un paciente masculino de 39 años, internado en un Centro Especializado de Tratamiento en Consumo de Alcohol y Otras Drogas. El paciente presenta trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el consumo de múltiples drogas, con síndrome de dependencia, actualmente en abstinencia en un medio protegido, y un trastorno mixto ansioso-depresivo. Primero, se realizó una evaluación exhaustiva mediante entrevistas, observación y el uso de instrumentos psicológicos como: MoCA, ASSIST, SEAPSI, y las escalas de Depresión y Ansiedad de Hamilton. Estos instrumentos permitieron establecer un diagnóstico preciso, sobre la base del cual, se desarrolló un plan terapéutico personalizado con un enfoque integrativo. Este plan incluyó diversas técnicas de terapia cognitivo-conductual, terapia gestáltica y mindfulness, con el objetivo de eliminar el consumo problemático, proporcionar herramientas terapéuticas para reducir la sintomatología ansiosa y depresiva, mejorar las habilidades sociales y de resolución de conflictos. El enfoque integrativo propuesto permitió abordar de manera integral la problemática del paciente, obteniéndose resultados positivos como la reducción significativa de la sintomatología presentada.

Palabras clave: consumo, sustancias, trastorno mixto ansioso- depresivo.

Abstract

This paper deals with the clinical case of a 39-year-old male patient admitted to a Specialized Treatment Center for Alcohol and Other Drugs. The patient presents mental and behavioral disorders related to polydrug use, with dependence syndrome, currently in abstinence in a protected environment, and a mixed anxious-depressive disorder. First, an exhaustive evaluation was carried out by means of interviews, observation and the use of psychological instruments such as: MoCA, ASSIST, SEAPSI, and the Hamilton Depression and Anxiety scales. These instruments made it possible to establish an accurate diagnosis, on the basis of which a personalized therapeutic plan with an integrative approach was developed. This plan included various cognitive-behavioral therapy techniques, gestalt therapy and mindfulness, with the aim of eliminating problematic consumption, providing therapeutic tools to reduce anxious and depressive symptomatology, and improving social and conflict resolution skills. The proposed integrative approach allowed a comprehensive approach to the patient's problems, obtaining positive results such as a significant reduction in the symptoms presented.

Keywords: consumption, substances, mixed depressive-anxiety disorder.

Introducción

El consumo de sustancias es un fenómeno complejo que a lo largo de la historia se ha convertido en un problema de salud pública, el cual se refiere a la ingesta de drogas legales e ilegales, los mismos que se dividen en diferentes categorías de acuerdo con sus propiedades y efectos, entre ellos se encuentran los sedantes, alucinógenos, afrodisíacos y estimulantes; sin embargo, todas tienen una respuesta similar, alterando el funcionamiento del cuerpo y el cerebro (Oliva et al., 2008).

Tras el consumo existen varios desencadenantes como son los factores psicológicos, sociales, biológicos y ambientales; en cuanto a lo biológico, existen algunos individuos que tienen una mayor predisposición al consumo, lo que produce una intensificación de trastornos mentales como la ansiedad o depresión, llevando a que el paciente se automedique, en cuanto a los factores sociales se encuentra la influencia de amigos o familiares que consumen alguna sustancia, así como la falta de apoyo o disfunción familiar; los factores ambientales son el fácil acceso a disponer de drogas y los factores psicológico son los trastornos mentales, situaciones que mantienen al individuo con estrés, traumas, abusos y eventos adversos, el consumo de sustancias hace que el individuo pueda llevar a tener una adicción o dependencia (Larrosa y Paloma, 2010; Molina y Salazar, 2022).

En cuanto a las adicciones se refiere al consumo frecuente de sustancias, que a pesar de conocer el daño que ocasiona el individuo las sigue consumiendo; por ello, las drogas son el principal problema a nivel mundial, en donde su consumo conduce a una serie de variaciones dentro del organismo, produciendo enfermedades tanto físicas como mentales (Noh-Moo et al., 2020). Se debe entender que las drogas o sustancias psicoactivas son todas aquellas que causan una distorsión de la realidad y pérdida de la conciencia, causando que esta dañe su salud física y mental (Guzmán-Cortés et al., 2023).

De acuerdo con la investigación realizada Por Cruz et al. (2022) menciona que el 5.3% de la población a nivel mundial de entre 15 a 64 años consumen algún tipo de droga, dentro de este porcentaje, 192 millones de personas consumen cannabis, convirtiéndola en la droga

más solicitada y consumida dentro del globo. Así mismo, tal como lo menciona Gárnica et al. (2023) en la actualidad se puede observar que el consumo de las drogas ha aumentado de una forma excesiva, puesto que, en el 2015 se pudo tener en cuenta que el consumo de las sustancias se ha incrementado entre un 30% a comparación de 1990.

En Europa, hablando y analizando directamente a la sociedad española, un tercio de la población adulta confiesa en algún momento de su vida, haber consumido cualquier tipo de sustancia, entre las más mencionadas se encuentra el cannabis, cocaína, heroína y anfetaminas (Murillo y Moruno, 2020). Siguiendo la misma línea, en dos países de América Latina, se ha determinado un incremento exponencial del consumo de sustancias; tal es el caso de Brasil, que un aproximado del 3,6% de su población ha experimentado o se encuentra atravesando un trastorno relacionado con algún tipo de droga, durante el último año. De manera similar, en Colombia se ha evidenciado que alrededor de 800.000 jóvenes presentan problemas con el consumo de sustancias (Ronzani et al., 2019 y Scoppetta y Ortiz, 2021).

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y Delito (UNODC, 2022), menciona que Ecuador no se queda atrás en este tipo de consumo, ya que, los últimos datos disponibles indican el país tiene el número más alto (110,970 individuos) de atenciones a persona con problemas de consumo en cannabis, cocaína, uso de opioides, y pasta de base; además, indican que Ecuador fue el país con mayores incautaciones de cocaína, siguiendo Estados Unidos con 11% y Colombia con 41%.

Como se puede observar el índice de consumo cada vez es más elevado; sin embargo, se debe tener en cuenta que el consumo no ocurre de manera aislada, sino que, en la mayoría de los casos, está acompañado de un trastorno, de acuerdo con un estudio de Mohamed et al. (2020) menciona que la ansiedad y la depresión se encuentran entre los problemas más comunes en las personas que buscan un tratamiento en adición a drogas; por ello, realizó un estudio en una muestra de 100 pacientes con trastorno de consumo de sustancias, mayores de 18 años, evidenciando que el 80% de ellos demostraron niveles de ansiedad alto y moderado, mientras que el 93% expresaron niveles de depresión leve (12%),

moderado (9%) y grave (72%), dando como resultado que los trastornos de ansiedad y depresión suelen presentarse de manera conjunta en este tipo de pacientes.

Cuando se habla de la depresión y ansiedad de manera conjunta se refiere a un trastorno mixto ansioso depresivo, que se encuentra ubicado entre las principales causas de afección en el mundo. Más de 300 millones de personas de diversas poblaciones etarias, con afectaciones nivel físico, anímico, social, y laboral presentan ansiedad y/o depresión. El cual se encuentra caracterizado por la presencia de síntomas asociados a ambas patologías, que incumplen plenamente los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad o de un trastorno depresivo por separado (Hernández et al., 2019). Según el estudio de Carbonell et al. (2015), al tomar una muestra de 219 personas adultas entre 30 y 49, se evidenció que 40 de ellos mostraban en un mayor porcentaje de síntomas ansiosos, mientras que 38 sujetos presentaban síntomas depresivos, y 51 de ellos presentaban sintomatología conjunta.

En base a la complejidad y las repercusiones que tiene el consumo problemático de sustancias y el trastorno mixto ansioso- depresivo, es de gran importancia intervenir mediante un proceso terapéutico adecuado para tratar a las personas según sus necesidades y a la severidad del problema. Por medio de programas o modelos de atención diseñados de forma metodológica y estratégica y a través de intervenciones complejas y personalizadas, es importante para promover el desarrollo de autonomía en el paciente y habilidades para lograr la superación del problema; así mismo, contribuir al desarrollo de cambios positivos en los pacientes, uso de estrategias que actúen en cada uno de los factores por los que se originó el consumo, proporcionar recursos de afrontamiento que faciliten la recuperación y reintegración, siendo estos aspectos los que se pueden desarrollar únicamente a través de un tratamiento psicoterapéutico (Lániz-Mera y Pinargote-Macías, 2021).

Es por ello, que en el presente trabajo se abordó a un paciente de 39 años de edad con un diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas, con un síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia en un medio protegido, acompañado de un trastorno mixto ansioso depresivo. Quien data con un consumo desde los 14 años y actualmente registra tercer

internamiento por dicha problemática. Para el tratamiento, se empleó psicoterapia integrativa en la que se integró técnicas de la terapia cognitivo conductual, de la Gestalt y mindfulness, debido a la eficacia que presenta. Tal como lo reafirman Puerta Polo y Padilla Díaz (2011) quienes fundamentan que la terapia cognitivo conductual se basa directamente en las emociones, conductas y cogniciones de las personas, en donde se trata de tener una diferencia de comportamiento desadaptativos por unos más adaptativos, con el enfoque de abordar los problemas de manera más adecuada. De la misma manera, busca potenciar el cambio de comportamiento de las personas, en donde la terapia que se va a brindar se rige a trabajar con un número minorizado de sesiones en donde se enfocaran las soluciones que podrá obtener el paciente esto por encima del problema (Rodríguez et al., 2017). Por último, el mindfulness va relacionado con la práctica de la conciencia, en donde se tomará en cuenta las experiencias internas y externas desde una actitud de apertura y aceptación (Vázquez, 2016).

Por lo tanto, esta investigación tiene una relevancia significativa a nivel social, debido a que, aborda trastornos que mundialmente son una problemática y permite aumentar la conciencia sobre la prevalencia y consecuencias en cada individuo. En el ámbito clínico, los resultados obtenidos en esta investigación pueden mejorar las estrategias de diagnóstico guiando a los profesionales a una mejor intervención en este tipo de caso. Por último, a nivel académico inspira a futuros profesionales a realizar investigaciones con respecto a este caso clínico.

Para finalizar este apartado se describen los capítulos de esta investigación. Dentro del capítulo uno, se encuentra el marco teórico, que abarca la presentación del caso, proceso de evaluación y diagnóstico. En el capítulo dos se plantea la metodología, que contiene los objetivos terapéuticos, el plan de tratamiento/intervención y la descripción de técnicas psicoterapéuticas utilizadas. Finalmente, en el capítulo tres se presentan los resultados, la discusión, las conclusiones, recomendaciones y referencias.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

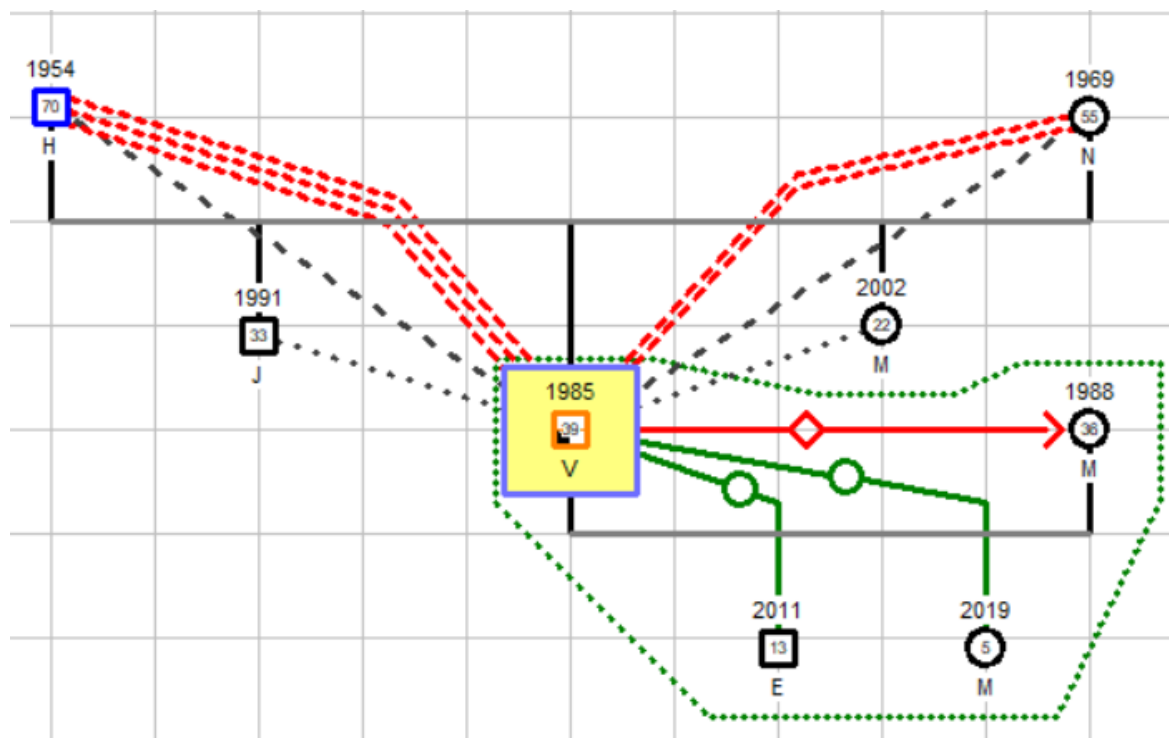
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

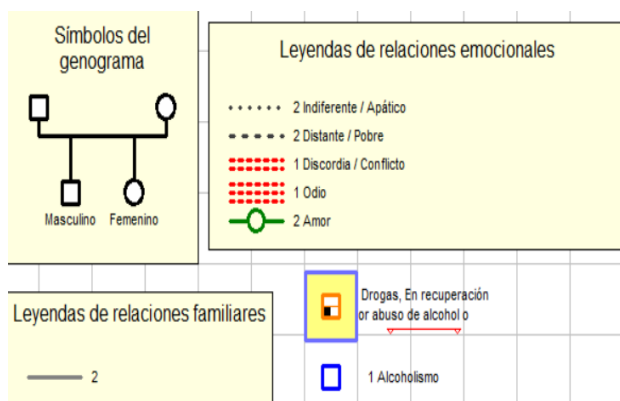
1.1.1 Identificación del paciente

Paciente V.G. de sexo masculino de 39 años, nacido el 7 de abril de 1985 en Ecuador, de identificación étnica mestiza, de profesión licenciado en educación sin ejercer y de ocupación comerciante. Posee un nivel socioeconómico medio-alto, en lo que respecta a su religión, no profesa. Actualmente, residente en el Cantón Catacocha, presenta una unión de hecho y dos hijos producto de esa relación.

Figura 1

Genograma Familiar





Nota. Estructura familiar del paciente.

Respecto a la estructura familiar, el paciente proviene de una familia nuclear y hogar disfuncional. Su madre, de 55 años, dedicada a las labores del hogar, su padre, de 70 años, ambos actualmente residen en Catacocha, el paciente menciona tener una mala relación con ambos progenitores. Es el segundo de dos hermanos, su primer hermano de 33 años y su hermana menor de 22 años, el refiere tener una relación adversa y alejada con estos dos. Por otro lado, se encuentra su esposa, de 36 años, maestra de profesión, actualmente tiene un nombramiento de docente en la parroquia Catacocha con la cual comenta tener una relación conflictiva la mayoría del tiempo, procrearon dos hijos, E de 13 años de edad y M de 5 manifiesta tener una relación muy estrecha y sobreprotectora.

1.1.2 **Motivo de consulta**

Paciente masculino de 39 años presenta internamientos previos, el primero hace 10 años en la ciudad de Cuenca y el segundo 5 años después en Loja, en las dos ocasiones se interrumpió el tratamiento por una conducta inadecuada, ingresando así por tercera vez al Centro Especializado de Tratamiento en Consumo de Alcohol y otras Drogas "CETAD", en la ciudad de Loja, refiere "mi consumo no era muy frecuente desde que salí de la clínica, me venía manejando bien es decir ya no consumía muchas cosas, últimamente mi esposa me reclamaba mucho que no paso tiempo con mis hijos, me reprochaba que trabajaba de una a dos de la mañana y que cuando llegaba ya estaban dormidos. Si yo me enfoqué más en el trabajo fue porque tenía deudas que pagar ya que robaron en mi local, todo esto me trajo

ansiedad, estrés por ende me toco ir a ver psiquiatras y últimamente mezclé los antidepresivos, los psicotrópicos un poco de bíper sales lo que había”.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

El paciente comenta haber experimentado una infancia difícil “mi papá era alcohólico entonces de lo que recuerdo el maltrataba a mi mamá, era celoso manipulador yo le tenía mucho miedo y siempre me pegaba y además en la escuela mi maestra era chapada a la antigua también me pegaba”.

Además, refiere “yo sufrí abuso por parte de un primo desde los seis años hasta los quince años, el me manipulaba para que hiciera siempre lo que él quería era mayor a mí con tres años, cuando jugábamos entre los primos siempre nos hacían dormir en cama general entonces ahí venían abusos siempre, eso fue hasta que tuve catorce años quizá de ahí le pare el carro como se dice”.

Con respecto al consumo, indica que comenzó a los 14 años mientras estaba en el colegio, influenciado por sus compañeros. Inicialmente probó alcohol y pronto se mostró abierto a probar nuevas sustancias como la marihuana y cocaína. Cuando se encontraba en segundo de bachillerato, recuerda que presentó un problema con su madre, lo cual condujo que lo echara de casa, menciona: “como consumía tenía malas amistades y ellos me sacaron información y entraron a robar en mi casa y mi mamá me echó la culpa de eso que sucedió, nos dejaron sin nada y al parecer todo era solo culpa mía”.

Una vez graduado del colegio, ingresó inmediatamente a la universidad en la ciudad de Loja, manifiesta que lo único que quería era salir de casa por los problemas con su madre, indica que un tío le brindó la oportunidad de trabajar en un taller de autos, en el cual laboraba todas las mañanas incluidos fines de semana, en esta etapa de universidad comenta haber sido muy social, “tenía muchos amigos, en cada esquina había uno que decía negro vamos a tomar o me invitaban a cosas, y como tenía dinero también tenía muchas mujeres, pero fue ahí cuando consumía marihuana y tomaba que empecé a notar un gusto muy raro como hacia los travestis ”.

A los 21 años menciona empezar una relación heterosexual con M. que duró aproximadamente un año. Menciona “yo quedé muy dolido de la relación que tuve, la celaba mucho, siempre quería que este a mi lado y a ella no le gustaba eso, yo imaginaba que ella estaba con otros hombres”. Dos meses después, inicia una nueva relación con la prima de M, la cual perduró por casi tres años.

Nueve meses después, regresa con M su actual pareja y esta queda en estado de gestación, pero deciden interrumpir el embarazo, a lo que el paciente señala “ella quiso interrumpirlo yo solo le conseguí el doctor, yo solo pensaba que ese bebé no era mío, pero ella ponía como excusa la ayuda de los papás para estudiar y cosas así”. Debido a lo antes mencionado deciden separarse; sin embargo, se seguían viendo y un año después nace su primer hijo. “Con lo que paso con él bebe anterior yo tenía todo eso guardado, así que yo no estuve ni en el embarazo, ni cuando nació, yo conocí a mi hijo un año después”.

Tras el nacimiento de su hijo, deciden regresar a Catacocha, donde decide emprender un negocio propio dedicado a la venta de celulares y apuestas, conocido como Ecuabet, actividad que continúa en la actualidad. Ocho años después nace su segunda hija, comenta “en el segundo embarazo de M todo fue distinto yo sentía los antojos y hasta cólicos fue una conexión única”.

En la que respecta a su consumo y su problemática, refiere que hace 10 años atrás fue su primer internamiento en un centro de tratamiento en Cuenca, donde se mantuvo por 4 meses, manifiesta haber experimentado dificultades de adaptación y fue expulsado por su comportamiento agresivo. Después de salir, buscó ayuda psicológica diagnosticado de ansiedad y depresión grave, acudió al psiquiatra y recibió prescripciones de antidepresivos y psicotrópicos. Comenta que cuando el psiquiatra decidió interrumpir la prescripción del medicamento se dio cuenta que había desarrollado una dependencia al neuril. “Yo como tenía dinero siempre trataba de buscar otros psiquiatras para que me recetaran y poder comprar, como ya no querían hacerlo, comencé a comprarlos por izquierda como se dice, pagaba hasta cien dólares por un frasco de esos”. Según indica el consumo era diario incluía 3 cigarrillos al día, además de 20 gotas de neuril antes de dormir por la noche.

Hace cinco años atrás, fue ingresado nuevamente, esta vez en la ciudad de Loja, donde permaneció durante tres meses y fue expulsado. Durante este período, su comportamiento era problemático, mostrando agresividad hacia sus compañeros, seis meses después menciona que empezó a mezclar una variedad de drogas y fármacos, incluyendo tabaco, biper, sales de nicotina, base, marihuana, alcohol y cemento.

Desde hace un año atrás manifiesta presentar un consumo excesivo y continuo de alcohol, fármacos acompañados de la mezcla de las sustancias antes mencionadas. Además, exhibe un patrón de gasto irresponsable, utilizando todo su salario de sus negocios (venta de celulares y Ecuabet) en la adquisición de dichas sustancias. Tras quince días de consumo ininterrumpido, la situación alcanzó un punto crítico que condujo a una hospitalización de casi dos semanas, sus familiares, tanto su madre como su esposa, decidieron ingresarle en un centro de tratamiento en el cual se encuentra actualmente cinco meses. Durante su primera y segunda semana, el paciente manifestó comportamientos fuera de control e impulsividad, llegando incluso a romper una ventana; además, experimentó dificultades para conciliar el sueño hasta que se le administraron medicamentos. En contraste, durante la tercera y cuarta semana, reportó una sensación de calma ligeramente mayor, así como fue evidente la integración a su grupo de compañeros.

Es esencial resaltar los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores en el análisis del caso expuesto, entre los factores predisponentes se incluyen diferencias y una dinámica familiar caracterizada por expresiones de violencia y antecedentes de consumo de alcohol por parte del progenitor, abuso sexual, así como trastornos mentales como la depresión y la ansiedad. Por otro lado, los factores precipitantes se relacionan con las interacciones interpersonales y para finalizar entre los factores mantenedores resalta el factor económico y el grupo de pares con quienes interactúa.

1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación de paciente se dio de manera presencial, con un número de dos sesiones de 60 minutos aproximadamente, las cuales se utilizaron para recabar información

mediante distintas técnicas psicológicas tales como: entrevista, observación clínica, y aplicación de reactivos como: Moca, Assist, Seapsi, Depresión y Ansiedad de Hamilton.

1.2.1 Entrevista con el paciente

La entrevistase considera un método inicial y esencial para obtener información alrededor del cual se organizan otros métodos de evaluación y tratamiento. Además, sigue siendo ampliamente utilizada como herramienta principal en el ámbito de la evaluación psicológica, abarcando desde la investigación, hasta la práctica clínica en diversas áreas de la psicología aplicada. Su finalidad es obtener la información del cliente acerca de sus problemas, de forma comprensiva, eficiente, sistemática y humana (Paz y Peña, 2021).

Esta técnica se llevó a cabo durante las dos primeras sesiones, las cuales se detallan a continuación:

Durante la primera entrevista se dio el primer acercamiento con V.G, en donde se estableció rapport con la finalidad de crear un vínculo terapéutico con el mismo, el paciente se mostró poco colaborador e inquieto al momento de realizar la entrevista; sin embargo, se pudo obtener los resultados esperados al recabar información para la historia clínica como datos informativos, motivo de consulta, historia de la enfermedad, sistema familiar etc., finalmente se brindó apertura para solventar dudas presentadas y se dio cierre a la sesión.

Posterior a esta sesión se observa al paciente con un estado de ánimo eutímico, mostró colaboración al realizar la entrevista psicológica, en donde se culminó con la recolección de datos sobre la anamnesis, antecedentes, historia psicosexual, etc. Posteriormente, se aplicó reactivos psicológicos con el propósito de completar el proceso de evaluación y conducir a un diagnóstico definitivo.

1.2.2 Observación clínica

Es un proceso que requiere la atención minuciosa y focalizada del observador, sin permitir que los prejuicios o ideas preconcebidas interfieran, permitiendo una percepción clara del objeto. En el contexto clínico, la observación es la principal fuente de información, tanto del relato del paciente como de la inspección directa, esta no se limita a la comunicación verbal,

sino que incluye la inspección de detalles no verbales, proporcionando información tanto explícita como específica esenciales para el diagnóstico y tratamiento (López et al., 2019).

Durante la interacción con el terapeuta, el paciente presentaba un cuadro clínico en el que se observaba una obnubilación de la conciencia y se destacaba hiperprosexia junto con una disminución en la capacidad de concentración, en cuanto a la memoria, tanto anterógrada como retrograda, mostraba un grado bajo de conservación. Referente al pensamiento, se evidenciaban fuga de ideas, bloqueos y perseveración; sin embargo, el contenido del pensamiento reflejaba inseguridades, temores, preocupaciones, obsesiones y dudas. No se observaban alteraciones sensoperceptivas y el lenguaje se presentaba con tono normal, fluido, coherente y congruente.

En cuanto a la afectividad, denotaba un estado de ánimo distímico, ansiedad, miedo, sentimientos de culpa, ruina y desamparo. La voluntad se encontraba en un rango normal y respecto a la psicomotricidad, destacaban conductas como inhibición, abulia, y acciones impulsivas.

En lo referente a los hábitos, aparentemente carecía de hábitos saludables, destacando el consumo de alcohol y otras drogas como cocaína, inhalantes, y opioides, así como la falta de actividad física. Los instintos sexuales y de nutrición estaban conservados, aunque se presentaba una alteración en el ciclo vigilia-sueño, manifestada en insomnio. En cuanto a la inteligencia, se situaba en un nivel regular, y tanto el juicio crítico como el razonamiento se mantenían conservados. Para finalizar, el paciente se encontraba vestido apropiadamente, manteniendo una buena imagen y apariencia.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Evaluación cognitiva Montreal (MOCA)

Es una herramienta desarrollada en 2005 por el Dr. Ziad Nasreddine y colaboradores, con el objetivo de detectar deficiencias cognitivas, especialmente en el contexto de evaluación de la demencia y otros trastornos neurológicos (Loureiro et al., 2018).

Según Gómez-Moreno et al. (2022), es una herramienta de cribado, que tiene una duración de aplicación aproximadamente de 10 minutos, esta versión incluye pruebas

específicas para evaluar capacidades visuoespaciales, identificación, atención/concentración, lenguaje, funciones ejecutivas/abstracción, memoria a corto plazo y orientación. Las habilidades visuoespaciales se evalúan mediante dos tareas: el dibujo de un reloj, con una asignación de 3 puntos y la copia de un cubo, valorada con un punto. Para la prueba de identificación, se requiere la denominación de 3 animales poco familiares, con un valor de 3 puntos.

La atención y concentración se evalúan mediante secuenciación numérica directa e inversa (un punto cada una). La evaluación del lenguaje incluye la repetición de 2 frases sintácticamente complejas, con un valor de 2 puntos, y un test de fluidez verbal, valorado con un punto. Las funciones ejecutivas y la capacidad de abstracción se evalúan mediante el test de fluidez verbal mencionado previamente, con un valor de 2 puntos. La memoria a corto plazo se evalúa a través del recuerdo de 5 palabras después de 5 minutos, asignando 5 puntos.

Por último, la orientación se determina mediante 4 preguntas de orientación temporal y 2 de orientación espacial, valoradas con 6 puntos en total. La interpretación de los resultados se basa en la sumatoria de los puntos alcanzados en cada prueba, siendo la puntuación máxima de 30 puntos, y se considera deterioro cognitivo si la puntuación es menor a 26.

En América Latina, el MoCA ha sido traducido a más de 10 idiomas y ha demostrado ser confiable y válida, con una sensibilidad estimada del 90% para la detección del deterioro cognitivo leve. La versión española del MoCA ha sido ampliamente validada, mostrando una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.822 (Loureiro et al., 2018).

Depresión Hamilton

Desarrollada por Max Hamilton en 1960, tiene como objetivo evaluar la sintomatología depresiva, proporcionando una medida de la intensidad de un trastorno depresivo y permitiendo cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento. Se encuentra dirigido a personas de 18 años en adelante, trata de un instrumento de tipo cuantitativo compuesto por 17 preguntas cuyo tiempo de aplicación oscila entre los 10 y 30

minutos. Utiliza una escala tipo Likert donde cada ítem se valora en un rango de 0 a 2 puntos en algunos casos y de 0 a 4 en otros, seleccionando la puntuación que mejor refleje la sintomatología presentada por el paciente. Las puntuaciones más altas indican mayor gravedad del síntoma. La calificación se basa en la suma de las puntuaciones de los ítems, con un rango total de 0 a 52 puntos. Según los criterios de calificación establecidos, puntajes de 0 a 6 indican ausencia de depresión, de 7 a 17 depresión leve, de 18 a 24 depresión moderada, y de 25 a 52 depresión grave. Este instrumento cuenta con una confiabilidad que oscila entre 0,76 y 0,92, y una validez entre 0,8 y 0,9 (Quezada, 2019).

Escala Ansiedad Hamilton

Instrumento desarrollado por Max Hamilton en 1969, su objetivo es evaluar la sintomatología ansiosa en adultos a partir de los 18 años. Escala de tipo cuantitativa diseñada para su aplicación tanto de forma colectiva como individual, requiriendo entre 10 y 20 minutos máximo para su desarrollo. Compuesta por una escala tipo Likert de 14 preguntas, donde se asigna puntuaciones de 0 a 4 puntos a cada ítem, considerando la intensidad y la frecuencia de los síntomas, se aplica tanto de manera colectiva como individual. Esta escala permite obtener dos puntuaciones adicionales que corresponden a la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13), sumando las puntuaciones de los ítems establecidos para cada una de estas subescalas. La calificación establece que según los puntos de corte de 0 a 17 indican ansiedad leve, de 18 a 24 ansiedad moderada, y de 25 a 30 ansiedad severa. El instrumento exhibe una confiabilidad que oscila entre 0,79 y 0,86, y una validez entre 0,83 y 0,75 (Arias et al., 2022).

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones coordinados por la Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). su objetivo es evaluar el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses de diversas sustancias, incluyendo tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

El cuestionario se encuentra dirigido a adultos de 18 a 60 años de edad, su aplicación se realiza a través de entrevistas individuales, con un tiempo estimado de 10 minutos. Utiliza una escala tipo Likert de 8 preguntas con diferentes opciones de respuesta para las preguntas 2 a 5. 0: nunca; 2: una o dos veces; 3: mensualmente; 4: semanalmente y 6: diariamente o casi diariamente. Para las preguntas 6 y 7. 0: no, nunca; 6: sí, en los últimos 3 meses y 3: Sí, pero no en los últimos 3 meses. Para la pregunta 1, se desarrolla con sí y no. De tipo Likert con 3 opciones de respuesta para la pregunta 8. No, nunca; Sí, en los últimos tres meses y Sí, pero no es los últimos 3 meses.

La calificación se realiza sumando las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7 para cada sustancia específica, lo que permite determinar el riesgo de consumo en niveles bajo, moderado y alto. El test exhibe un coeficiente alfa de Cronbach de 0.92, indicando una alta consistencia interna entre los ítems del cuestionario. Además, la validez ha sido respaldada por cifras con coeficientes que oscilan entre 0.88 y 0.96, sugiriendo una alta precisión en la evaluación del riesgo y la severidad del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Casas Muñoz et al., 2022).

SEAPSI: Rasgos de personalidad significativos

Desarrollado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa en 2004, este instrumento se enmarca en el modelo integrativo focalizado en la personalidad, que concibe la psicoterapia como un método para tratar enfermedades mentales y desajustes emocionales, utilizando recursos psicológicos en una interacción positiva entre paciente y terapeuta. Su objetivo es identificar rasgos predominantes de la personalidad en individuos a partir de los 15 años. Esta evaluación puede ser aplicada tanto de manera individual o colectiva en un tiempo estimado de 25 a 30 minutos, se realiza a través de un cuestionario de 100 preguntas que aborda cuatro dimensiones principales de la personalidad: afectiva, cognitiva, comportamental y déficit relacional, cada una con subdimensiones específicas. A través de este instrumento se pueden identificar características como expresión emocional, patrones de pensamiento y comportamiento, así como las relaciones interpersonales.

Utiliza una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, y la calificación se determina mediante el conteo de cada tipo de personalidad, asignando una puntuación que oscila entre 0 y 10 para cada tipo de personalidad. Exhibe una confiabilidad de 0.79 y una validez de 0.88 (Castillo et al., 2017).

Tabla 1

Puntuaciones de los instrumentos aplicados al paciente

Instrumentos	Dimensiones/ Subtest	Resultado cuantitativo	Interpretación
Evaluación cognitiva Montreal (MOCA)		20	Deterioro cognitivo leve
Depresión Hamilton		24	Depresión grave
Ansiedad Hamilton:	Psíquica	6	
	Somática	7	Ansiedad leve
	Puntaje total	13	
ASSIST: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias	Tabaco	21	Requiere intervención breve
	Bebidas alcohólicas	31	Requiere tratamiento intensivo
	Cocaína	5	
	Inhalantes	33	Requiere tratamiento breve
	Sedantes		Requiere intervención breve
			Requiere intervenciones intensivas
SEAPSI: Rasgos de personalidad significativos.		8	Histriónica
		8	Ciclotímica
		8	Paranoide
		8	Esquizoide

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

De acuerdo con lo expuesto en la tabla 1 referente a los resultados de los test aplicados se observa que en la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA), su puntuación total de 20 sugiere un deterioro cognitivo leve, en cuanto a la escala de Depresión Hamilton indica una depresión muy severa, mientras que la ansiedad se sitúa en un nivel leve según la escala de Ansiedad Hamilton.

Además, los resultados del ASSIST revelan un consumo problemático de diversas sustancias en el caso del consumo de bebidas alcohólicas y sedantes, que requieren tratamientos intensivos, también se observa un consumo de tabaco, inhalantes y cocaína que demanda intervenciones breves

En cuanto a su personalidad, los rasgos identificados por el SEAPSI muestran una combinación de características afectivas, cognitivas y de relaciones. Se observa una tendencia histriónica-ciclotímica en el ámbito afectivo, mientras que, en el cognitivo, se destacan rasgos paranoicos. En las relaciones interpersonales, se identifican déficits asociados a personalidades esquizoides y esquizotípicas.

1.3 Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico se basa en inferencias a partir del análisis del cuadro clínico del paciente, con el fin de identificar la enfermedad que lo afecta. Este cuadro clínico incluye síntomas, la enfermedad misma y el contexto del paciente. Es esencial en la atención psicológica, ya que guía las decisiones terapéuticas y proporciona información sobre el pronóstico (Capurro y Rada, 2007).

El proceso diagnóstico del paciente se desarrolló considerando múltiples herramientas como la observación clínica, información del expediente del paciente, historia clínica y pruebas aplicadas; además, de la comparación de los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) con el objetivo de proponer hipótesis diagnósticas y finalmente determinar el diagnóstico.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

F32.2 Episodio depresivo grave.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso- depresivo.

F19.3 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas. Síndrome de abstinencia

F19.2 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas. Síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia en un medio protegido.

1.3.2 Diagnóstico diferencial

F32.2 Episodio depresivo grave

Según la CIE-10, el episodio depresivo grave se caracteriza por la presencia de síntomas generales entre ellos: angustia o agitación considerable, pérdida de estimación en sí mismo, sentimientos de inutilidad o culpa, y riesgo de suicidio; además, de los tres síntomas típicos del episodio, tales como: ánimo depresivo, pérdida de interés o capacidad para disfrutar, fatigabilidad. Los cuales, deben manifestarse por el tiempo mínimo de 2 semanas.

Por lo cual, inicialmente se consideró el presente diagnóstico, debido a los resultados evidenciados en el test de depresión de Hamilton donde existe la presencia de algunos síntomas, tales como: pérdida de interés, estado de ánimo bajo, problemas en el sueño; sin embargo, no cumple con los síntomas generales mencionados anteriormente para considerar el diagnóstico de episodio depresivo grave; además de presentar síntomas ansiosos a la par, por lo tanto, se descarta este diagnóstico.

F41.1 Trastorno ansiedad generalizada

Según la CIE-10, el trastorno de ansiedad generalizada manifiesta una ansiedad persistente, que no es limitada y no predomina en una circunstancia ambiental en particular, muestra síntomas como nerviosismo frecuente, temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, vértigos. Los cuales, deben estar presentes durante varias semanas seguidas y

cumplir las siguientes características: presión, preocupaciones venideras, tensión muscular, incapacidad de relajarse, hiperactividad vegetativa.

Inicialmente, este diagnóstico fue considerado dado que, en la entrevista, observación clínica y en la aplicación del test de ansiedad de Hamilton se evidenció síntomas como temblores, tensión muscular, hiperactividad vegetativa; sin embargo, se descarta el mismo, debido a que la sintomatología expresada por el paciente corresponde a una situación particular como es la irrupción del consumo de sustancias y, además, existen síntomas depresivos a la par.

F19.3 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas. Síndrome de abstinencia

Según la CIE-10, el síndrome de abstinencia se caracteriza por un conjunto de síntomas que surgen tras la interrupción o reducción del consumo de una sustancia psicoactiva, está relacionado con el cese o la disminución del consumo, el síndrome específico produce malestar o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y tampoco se explican mejor por otro trastorno mental. Los síntomas típicos son insomnio, temblores, obnubilación de la conciencia, estado confusional, alucinaciones, entre otros.

Se consideró inicialmente este diagnóstico debido a que el paciente a su ingreso al centro presentó temblores, trastornos del sueño, agitación, estado confusional debido a su interrupción de consumo; sin embargo, se lo descartó, por el tiempo transcurrido cuando se realizó la evaluación psicológica y puesto que la comunidad terapéutica realizó un abordaje multidisciplinar donde se abordó dicha situación y cesaron los síntomas.

F41.2 Trastorno mixto ansioso- depresivo

Tomando en cuenta la descripción de la CIE-10, el trastorno mixto ansioso-depresivo manifiesta que esta categoría debe usarse cuando se encuentran presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno predomina con intensidad como para justificarlos por

separado, por lo cual se considera el presente diagnóstico debido a la sintomatología expresada por el paciente.

F19.21 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas. Síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia en un medio protegido.

Según la CIE-10 el presente diagnóstico debe tomarse en cuenta durante si durante un período de doce meses se han presentado continuamente tres o más de los rasgos siguientes: implica un patrón de consumo compulsivo de la sustancia, aumento de la tolerancia y síntomas de abstinencia al intentar reducir o detener su consumo. Evidenciándose en el paciente el cumplimiento de dichas pautas.

Diagnóstico definitivo

F19.21 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas. Síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia en un medio protegido.

Se confirma el presente diagnóstico debido a que dentro del patrón problemático se encuentra implicada más de una sustancia la cual impide visualizar cuál de ellas está contribuyendo más al trastorno, las conductas del paciente se presentan en un plazo de doce meses, experimenta un fuerte deseo o compulsión por consumir: tabaco, alcohol, inhalantes y sedantes/pastillas. Además, se evidencia una disminución en la capacidad para controlar el consumo, ya que son cantidades mayores o durante más tiempo del pretendido, al cesar el consumo, el paciente; además, experimenta síntomas físicos de abstinencia, buscando aliviarlos mediante el consumo de la misma sustancia o similar. También se ha observado una tolerancia a los efectos de la sustancia, ya que el V.G. necesita aumentar la cantidad de alcohol y medicamentos para lograr los efectos deseados. Además, existe una preocupación notable por el consumo de la sustancia, reflejada en el abandono o reducción de actividades placenteras y el uso excesivo de tiempo relacionados con la obtención de esta. A pesar de ser consciente de las consecuencias perjudiciales, el paciente persiste en el consumo, lo que

indica una falta de control sobre su comportamiento adictivo y la gravedad de su situación, evidenciado en su tercer internamiento en una comunidad terapéutica.

F41.2 Trastorno mixto ansioso- depresivo

Se confirma el presente diagnóstico debido a que el paciente manifiesta síntomas de ansiedad y depresión a la par y sin la intensidad suficiente como para justificar por separado, tales como: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, problemas del sueño y tensión muscular, angustia, hipervigilancia, inquietud, ansiedad, y labilidad emocional.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

La intervención terapéutica se llevó a cabo empleando un enfoque integrativo, las sesiones se realizaron de forma presencial, con encuentros semanales en el centro de tratamiento para adicciones. Se llevaron a cabo diez sesiones individuales, cada una con una duración aproximada de 50 a 60 minutos.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Brindar psicoeducación sobre el consumo problemático de alcohol y drogas, con el fin de aumentar la comprensión de los síntomas asociados y prevenir recaídas.
- Proporcionar herramientas terapéuticas centradas en la reducción de sintomatología ansiosa - depresiva y el consumo problemático de sustancias, con el fin de modificar los patrones de pensamiento, emoción y conducta.
- Promover activamente el desarrollo de habilidades sociales y resolución de conflictos, para fomentar relaciones interpersonales saludables evitando el consumo de sustancias.
- Guiar al paciente en la creación de un plan de vida y prevención de recaídas donde se establezcan metas alcanzables y se promueva la adopción de hábitos y comportamientos que contribuyan a una mejor calidad de vida y bienestar emocional.
- Evaluar el estado actual del paciente y las mejorías presentadas.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 2

Plan de tratamiento

Sesión	Objetivo terapéutico	Objetivo de sesión	Técnica/actividad	Observación
1	-Brindar psicoeducación sobre el consumo	-Informar al paciente sobre las causas,	-Psicoeducación: (Trípticos- infografías)	

	<p>problemático de consecuencias, alcohol y drogas, con riesgos y el manejo el fin de aumentar la comprensión de los síntomas asociados y prevenir recaídas.</p> <p>-Proporcionar herramientas terapéuticas centradas en la reducción de sintomatología ansiosa depresiva y el consumo problemático de sustancias, con el fin de modificar los patrones de pensamiento, emoción y conducta.</p>	<p>de consecuencias, riesgos y el manejo de craving. ante un consumo problemático de sustancias.</p> <p>-Reducir sintomatología ansiosa y promover la autorregulación emocional.</p>	<p>-Técnica de respiración diafragmática.</p> <p>-Mindfulness: RAIN</p>	
2	<p>Proporcionar herramientas terapéuticas centradas en la reducción de sintomatología ansiosa - depresiva y el consumo problemático de sustancias, con el fin de modificar los patrones de pensamiento, emoción y conducta.</p>	<p>Identificar y reestructurar patrones del pensamiento disfuncionales.</p>	<p>y Reestructuración cognitiva del -Flecha descendente.</p>	<p>Tarea: Registro de pensamientos automáticos.</p>
3	<p>Proporcionar herramientas terapéuticas centradas en la reducción de</p>	<p>Identificar y reestructurar patrones del pensamiento disfuncionales.</p>	<p>y Reestructuración cognitiva. Dialogo socrático.</p>	<p>Tarea: Proponer pensamientos alternativos y funcionales</p>

	sintomatología ansiosa - depresiva y el consumo problemático de sustancias, con el fin de modificar los patrones de pensamiento, emoción y conducta.			
4	Proporcionar herramientas terapéuticas centradas en la reducción de sintomatología ansiosa - depresiva y el consumo problemático de sustancias, con el fin de modificar los patrones de pensamiento, emoción y conducta.	Identificar y detener pensamientos automáticos.	Detención del pensamiento: -Técnica Stop -Técnica de distracción (grounding)	
5	Promover activamente el desarrollo de habilidades sociales y resolución de conflictos, para fomentar relaciones interpersonales saludables evitando el consumo de sustancias.	Fomentar las relaciones interpersonales a través de la resolución de conflictos internos.	Silla vacía	
6	Promover activamente el desarrollo de	Enseñar estrategias de comunicación para un mejor	Técnica de resolución de problemas de Zurilla y Gold fried.	Tarea: Proponer alternativas a los problemas.

	habilidades sociales y resolución de conflictos, para fomentar relaciones interpersonales saludables evitando el consumo de sustancias.	desarrollo de habilidades sociales y resolución de conflictos, para fomentar relaciones interpersonales saludables evitando el consumo de sustancias.	desarrollo de habilidades sociales y resolución de conflictos, para fomentar relaciones interpersonales saludables evitando el consumo de sustancias.	desarrollo de habilidades sociales y resolución de conflictos, para fomentar relaciones interpersonales saludables evitando el consumo de sustancias.
7	Promover activamente el desarrollo de habilidades sociales y resolución de conflictos, para fomentar relaciones interpersonales saludables evitando el consumo de sustancias.	Enseñar estrategias de comunicación para un mejor desenvolvimiento familiar.	Técnica de resolución de problemas de Zurilla y Gold fried.	Tarea: Llevar a cabo la solución elegida.
8	Promover activamente el desarrollo de habilidades sociales y resolución de conflictos, para fomentar relaciones interpersonales saludables evitando el consumo de sustancias.	Desarrollar, mejorar y fortalecer habilidades de comunicación asertiva.	Comunicación asertiva Role playing	Tarea: Plantear los objetivos
9	Guiar al paciente en la creación de un plan de vida y prevención de recaídas donde se establezcan metas alcanzables y se promueva la adopción de hábitos y	Reforzar y corregir el proyecto de vida. -Motivar al paciente para cumplir sus metas y que pueda reinsertarse en la sociedad.	Proyecto de vida	

	comportamientos que contribuyan a una mejor calidad de vida y bienestar emocional.		
10	Brindar psicoeducación sobre el consumo problemático de alcohol y drogas, con el fin de aumentar la comprensión de los síntomas asociados y prevenir recaídas.	-Informar al paciente sobre prevención de recaídas. -Realizar un conversatorio, y retroalimentar sobre los logros alcanzados durante el proceso.	Psicoeducación. Tarjetas flash.
11	Evaluar el estado actual del paciente y las mejorías presentadas.	Finalizar, retroalimentar el proceso terapéutico, y evaluar el progreso del paciente.	Aplicación de retest.

Nota. Se detallan los objetivos y las técnicas desarrolladas en el proceso terapéutico.

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

Sesión 1:

Psicoeducación: Esta técnica es una aproximación terapéutica, en la cual el paciente recibe detalles sobre su enfermedad a través de un proceso en el que un profesional de la salud resalta información científica actual y pertinente. Esto incluye explicaciones sobre el origen, desarrollo y tratamiento de la enfermedad, así como consejería y entrenamiento en estrategias para manejarla (Cuevas y Moreno, 2017).

Técnica de respiración diafragmática: Según Cortés (2003) esta técnica es crucial en el tratamiento de diversas afecciones psicósomáticas, ya sea como elemento principal o

como complemento de otros métodos cognitivo-conductuales. El procedimiento implica primero, encontrar una posición cómoda, ya sea de pie, sentado o acostado boca arriba. Luego, colocar una mano en el pecho y la otra en el abdomen. La mano en el pecho debe permanecer quieta, mientras que la mano en el abdomen permitirá sentir cómo sube y baja al respirar, lo cual indica que se está utilizando el diafragma correctamente para respirar desde el abdomen.

A continuación, se inhala por la nariz durante 3 a 5 segundos, permitiendo que el abdomen se eleve a medida que el aire entra en los pulmones. Luego, se exhala por la boca durante el mismo período de tiempo, permitiendo que el abdomen se contraiga a medida que el aire salga de los pulmones.

Técnica RAIN (Lluvia): Prince (2019), propone una estrategia sencilla para fomentar el mindfulness como una habilidad fundamental para la vida. Esta técnica se convierte en una herramienta de autocompasión que fortalece la atención y la curiosidad en lugar de promover reacciones automáticas. Las letras significan lo siguiente:

R - Reconocemos conscientemente lo que está ocurriendo en nuestro entorno, así como los pensamientos, emociones y acciones que nos llevan a experimentar ciertas sensaciones.

A - Aceptamos plenamente la realidad tal como se presenta, permitiéndonos detenernos y relajarnos para dejar que la experiencia fluya sin resistencia.

I - Investigamos con amabilidad nuestra experiencia interna, deteniéndonos para explorar con ternura qué está sucediendo dentro de nosotros, qué pensamientos y emociones están presentes y cómo nos afectan.

N - Nutrimos con amorosa amabilidad hacia nosotros mismos, dándonos un abrazo emocional y recordándonos que somos seres dignos de amor, comprensión y cuidado.

Durante la sesión, se brindó al paciente una amplia gama de información detallada sobre los diversos tipos de drogas, incluyendo sus causas, consecuencias y riesgos asociados. Además de abordar el manejo del craving (anhelos intensos de consumo), se emplearon recursos audiovisuales como infografías y trípticos para enriquecer la

comprensión de estos temas. Esta estrategia no solo permitió al paciente adquirir conocimientos cruciales sobre su situación actual, sino que también le brindó la oportunidad de explorar de manera más profunda los factores subyacentes que contribuyen a su dependencia. Asimismo, se fomentó un ambiente de diálogo abierto y de apoyo mutuo, donde el paciente pudo compartir sus experiencias y reflexiones, fortaleciendo su compromiso con el proceso de recuperación y discernimiento de la enfermedad.

Posterior a ello, se procedió a explicar la técnica de respiración diafragmática. Se ubicó al paciente en una silla y se le instruyó para que siguiera las instrucciones del terapeuta: inhalación lenta por la nariz en 2 tiempos, seguida de una exhalación por la boca en 5 tiempos, utilizando el diafragma. Esta sea la practicó 5 veces hasta verificar que el paciente la realizara correctamente.

Ya lograda la realización de la técnica eficazmente se inició con un espacio de diálogo, con una duración máxima de diez minutos, donde se profundizó teóricamente en la técnica RAIN, brindando información sobre cómo podría beneficiar dicha técnica en diversos aspectos. Además, se enfatizó la relevancia de reconocer las emociones y comprender cómo los contextos internos y externos influyen en ellas.

Tras finalizar la conversación, se invitó al paciente a poner en práctica la técnica de respiración aprendida previamente. Después de lograr una conciencia plena de la respiración, se le guió para que evocara un evento reciente que hubiera causado malestar, observando las sensaciones que emergían en ese momento. Una vez que la imagen estuvo clara en su mente, se le orientó a detenerse, calmar su cuerpo y observar tanto lo que ocurría internamente como externamente, utilizando el mnemónico RAIN: Reconocer, Aceptar, Investigar y Nutrirse. Tras completar estos pasos, se le alentó a reconocer la importancia del último y la relevancia del aprendizaje. Esta secuencia se repitió con una situación aleatoria más.

Para finalizar la sesión, se aclararon las dudas y se concluyó con éxito, ya que el paciente pudo realizar las técnicas correctamente y experimentó una regulación efectiva de sus síntomas ansiosos. Se asignó como tarea la práctica de la técnica de respiración tres

veces al día, enfatizando la importancia de la práctica regular para reducir la intensidad de los síntomas ansiosos y promover un mayor bienestar emocional. Se hizo hincapié en prestar mayor atención a las sensaciones y efectos físicos que surgían de las situaciones agradables y desagradables, y en poner en práctica el RAIN.

Sesión 2:

Reestructuración cognitiva: Solis (2018), define a la reestructuración cognitiva como un proceso terapéutico orientado hacia la modificación de los pensamientos, con el propósito de manejar las emociones y sentimientos, y con la meta de influir en el comportamiento del individuo. Este proceso se divide en varias fases. En la fase de concientización, el terapeuta guía al paciente para que reconozca los pensamientos distorsionados. Durante la fase de exploración, cada sesión se centra en discutir y examinar estos pensamientos distorsionados, mientras se proporcionan estrategias para su alteración. Finalmente, en la fase de modificación, el terapeuta asiste al paciente en el cambio de los pensamientos negativos por otros más positivos. Estas etapas buscan capacitar al individuo para que pueda gestionar de manera efectiva sus pensamientos y emociones, promoviendo así un cambio conductual saludable.

Flecha descendente: La técnica implica identificar pensamientos automáticos negativos y desafiar su veracidad, permitiendo que la persona reconozca y comprenda el tipo de pensamientos que presenta, busca empoderar a la persona para que pueda modificar sus patrones de pensamiento, promoviendo una perspectiva más realista y adaptativa. En primer lugar, se identifica un pensamiento automático negativo, luego se cuestiona con interrogantes con el fin de profundizar el significado del pensamiento, se repiten estas interrogantes con el fin de llegar a varias respuestas y deducir cuáles son las creencias irrigadas, para terminar, se cuestiona la veracidad de estas creencias y se trabaja en desarrollar respuestas alternativas más equilibradas y realistas (Bados y García, 2010).

Dentro de la sesión, se implementó la técnica de reestructuración cognitiva utilizando la flecha descendente. En primer lugar, se solicitó al paciente que identificara eventos específicos relacionados con su adicción, así como los pensamientos automáticos negativos

que surgían en esos momentos. Luego, se continuó planteando una serie de preguntas para que el paciente reflexionara sobre estos pensamientos y su veracidad, con el objetivo de ayudar al paciente a reconocer y cuestionar sus creencias irracionales, fomentando así una perspectiva más realista y adaptativa. Al finalizar la sesión se explicó cómo funciona el registro de pensamientos, mismo que fue enviado como tarea.

Sesión 3:

Reestructuración cognitiva: Tal como se describió en la sesión dos.

Diálogo socrático: El método socrático, como técnica cognitiva, tiene como objetivo inducir una disonancia cognitiva mediante el proceso de descubrimiento guiado por parte del terapeuta. Este proceso se lleva a cabo mediante el planteamiento de preguntas sistemáticas que ponen al descubierto los errores lógicos en la manera en que se procesa la información. Sócrates, al compararse con una partera que asiste en el parto del conocimiento, enfatizaba que el saber es descubierto por el alumno mismo. De manera similar, los terapeutas cognitivos acompañan a los pacientes en el proceso de encontrar versiones más flexibles, y más adaptativas de la realidad (Partarrieu, 2011).

Al iniciar la sesión, se le pidió al paciente la lista de pensamientos automáticos enviados como tarea, se ordenaron de acuerdo con la escala evaluada de malestar de 1 al 10, luego se implementó la técnica del diálogo socrático haciendo uso de varias preguntas socráticas tales como: ¿Qué sucedería sí?, ¿Por qué debería cambiar eso?, ¿Qué mejoraría si cambiáramos esa situación?, con el propósito de generar un debate que permita identificar una argumentación válida y sustentable a los pensamientos presentados. Al finalizar la sesión se logró que el paciente identificara los pensamientos negativos presentes y a su vez que desarrolle una perspectiva más racional de ellos. Se envía tarea: proponer pensamientos alternativos y funcionales.

Sesión 4:

Detención del pensamiento: Esta estrategia de intervención está diseñada para contrarrestar pensamientos obsesivos y sigue un procedimiento específico: en primer lugar, se identifican y describen los pensamientos disfuncionales que mantienen la rumiación en el

paciente, utilizando las palabras típicas que resuenan en su mente. Luego, se elabora una lista de pensamientos más adaptativos, basados en temas agradables para el paciente. Después, se induce un estado de relajación en el paciente, y se le pide que comience a pensar en uno de los problemas, comenzando por el menos estresante. Cuando el paciente está inmerso en el problema, se indica una interrupción utilizando la palabra "Para", "Alto", o "Stop" acompañada de una acción breve, como frotarse el dedo pulgar en la mano o dar un golpe leve en la mesa.

Una vez interrumpidos los pensamientos desagradables, se instruye al paciente a modificar el pensamiento hacia uno más agradable, elegido previamente. Este proceso se repite hasta que la palabra "Para" sea capaz de detener inmediatamente la cadena de pensamientos y dirigirla hacia un tema agradable (Barraca, 2011).

Técnica de distracción (grounding): Mediante técnicas de grounding es posible que individuo pueda abrirse a nuevas oportunidades de conexión y relacionarse tanto consigo mismo como con los demás, independientemente del lugar o momento en que se encuentre. Un ejemplo de Grounding es la técnica 5-4-3-2-1, en la que el facilitador proporciona una fruta a cada participante para que la guarden, luego se concentran en su respiración, observan su entorno buscando cinco objetos, identifican cuatro texturas que puedan tocar, reconocen tres sonidos del entorno, identifican dos olores presentes y nombran un sabor que puedan percibir. Finalmente, tras una breve espera, el facilitador invita a los participantes a sacar y disfrutar de la fruta que se le dio al inicio (Muñoz, 2021).

Al iniciar la sesión se proporcionó al paciente una nueva técnica denominada "Stop del pensamiento" indicándole las instrucciones mencionadas anteriormente, esta se la repitió por 4 ocasiones, hasta corroborar que el paciente pueda realizarla solo y correctamente. Posteriormente, se enseñó la técnica de 5-4-3-2-1, indicándole que debería mencionar 5 cosas que observaba dentro del consultorio, cuatro cosas que podía tocar, tres cosas que podía oír en ese momento, dos que podía oler y una que podía saborear. la cual complemento favorablemente ya que ayudo al paciente a centrarse en el momento presente y a mantenerse conectado con su entorno a través de la observación de sus sentidos.

Al finalizar esta sesión, se logró que el paciente identificara y detuviera rápidamente los pensamientos automáticos negativos que generan malestar.

Sesión 5:

Silla Vacía: La técnica de la silla vacía implica sentarse frente a una silla vacía y descargar emociones como si la persona que nos ha causado malestar estuviera presente en ella. Su aplicación no solo facilita el trabajo terapéutico de las proyecciones, sino que también ayuda al individuo a reconocer y reintegrar sus propias proyecciones. La manera en que se lleva a cabo esta técnica puede variar según el objetivo terapéutico que se pretenda abordar.

Esta técnica permite al paciente concentrarse en un evento específico y proyectar su percepción del mismo, ofreciéndole la oportunidad de relatar lo ocurrido desde su propia interpretación. Además, posibilita que el paciente identifique sus emociones y sentimientos asociados a cada aspecto relevante del evento, liberando tensiones internas profundas. El propósito es que el paciente tome conciencia del significado atribuido al evento y cómo afecta su vida. A través de este proceso, se busca que la persona pueda reinterpretar, sentir y responder de manera integral y saludable. Esta reevaluación puede conducir a una comprensión más profunda de sí mismo y de los eventos pasados, lo que potencialmente puede llevar a un mayor bienestar emocional y a una mejor adaptación a las experiencias futura (Rodríguez et al., 2023).

En primera estancia se le pidió al paciente que se sentara frente a una silla vacía, luego se ordenó que cerrara los ojos entrando en relajación con ayuda de la respiración, posteriormente se le pidió que imaginase que estaba su madre, pidiéndole que exteriorice sus sentimientos y emociones, eso se realizó además con su esposa e hijos, una vez finalizada la técnica se procedió a estabilizar al paciente y retroalimentar, se obtuvo buenos resultados tras aplicar dicha técnica ya que permitió al paciente desahogarse poniendo a flote sus emociones, expresiones y conflictos internos.

Sesión 6:

Técnica de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried

D'Zurilla y Goldfried (1971) proponen un enfoque estructurado para la resolución de problemas que comienza con la definición clara del problema, seguido por la generación de alternativas y la toma de decisiones. Este modelo busca no solo abordar aspectos cognitivos, sino también emocionales y conductuales, reconociendo la importancia de la creatividad en la búsqueda de soluciones. Se enfatiza la necesidad de una orientación básica del problema, incluyendo la evaluación de la situación y la comprensión de las habilidades personales para enfrentarla. La fase inicial consiste en la definición precisa y objetiva del problema, identificando sus causas y estableciendo objetivos claros para su resolución. Posteriormente, se fomenta la generación de múltiples soluciones, promoviendo la innovación y evitando prejuicios hacia las ideas propuestas. Una vez que se han propuesto las alternativas, se evalúan sus posibles consecuencias en términos de viabilidad y efectividad, para culminar se implementar la solución elegida y se evalúa su eficacia. Este enfoque busca optimizar las respuestas emocionales a situaciones estresantes, proporcionando una guía paso a paso para abordar y resolver los problemas de manera efectiva.

La sexta sesión se enfocó en el entrenamiento en solución de problemas, en primera estancia se le pidió al paciente que identificara ciertas situaciones que estuvieran causando malestar o incomodidad, una vez que se identificaron se las clasificó en una escala de malestar del 1 al 10, las cuales se dividieron en dos secciones, fáciles y difíciles. Una vez descritos en términos objetivos, juntamente con el paciente se plantearon las posibles soluciones para los conflictos clasificados como fáciles, como tarea se le envió al paciente que durante la semana pueda proponer tres posibles soluciones para los conflictos catalogados como difíciles.

Sesión 7:

Técnica de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried: Tal como se describió en la sesión 6.

Se inicia la atención con la revisión de las alternativas propuestas por el paciente para cada problemática difícil descrita en la sesión pasada, en este caso se tomó un problema que estaba catalogado con un diez de malestar, el cual consistía en discusiones diarias con su

compañero de habitación, se procedió a plantear varias alternativas conjuntamente con el paciente para la posible resolución del problema, una vez culminado el listado de posibles alternativas, se le pidió al paciente realizar un análisis con cada una de ellas y elegir cuál de ellas sería la más viable según su percepción.

Una vez finalizado el análisis se envió al paciente a practicar la resolución escogida. Al finalizar la sesión se logró ampliar la perspectiva del paciente y explorar diferentes enfoques para abordar sus problemas, ya que, se brindó la oportunidad de explorar diversas perspectivas y soluciones; la técnica no solo abordó la identificación de estrategias específicas para expresar sus necesidades y manejar los conflictos personales y familiares de manera más efectiva en el futuro, sino que también contribuyó a fortalecer su sentido de empoderamiento y le proporcionó una herramienta práctica para afrontar sus problemas de forma constructiva, cumpliendo así con el propósito establecido.

Sesión 8:

Role playing: El role playing es una técnica que implica dramatizar una situación mediante diálogos e interpretación, a menudo improvisados. Se basa en tres componentes principales: procedimental, cognoscitiva y actitudinal. En el procedimental, se crean situaciones y se generan diálogos. En el cognoscitivo, se asumen roles y se elaboran textos. En el actitudinal, se representan acciones de la vida cotidiana y se utiliza una estructura adecuada para los diálogos. Esta técnica simula situaciones de la vida real, requiriendo que los participantes adopten roles específicos y creen escenarios como si fueran reales (Ruiz y Ramírez, 2013).

Durante la sesión en primera estancia se indagó que tan efectiva fue la solución elegida y puesta en práctica, si bien fue efectiva la solución; sin embargo, la manera de comunicar no fue tan adecuada; por ende, se procedió a explicar al paciente en que consiste la comunicación asertiva y la técnica de role-playing. Luego, se impartió una escena hipotética, en donde según la resolución escogida en sesiones anteriores tenía que poner en práctica una mejor manera de comunicar, así mismo se aprovechó para realizar dos situaciones hipotéticas más con la finalidad de retroalimentar ciertas incongruencias y

aportando de que otra forma podría hacerlo con la finalidad de ser asertivos. Al finalizar la sesión se obtuvieron resultados favorables ya que al mantener un contexto controlado y poder ir reforzando las posibles conductas ayudó a que el paciente pueda aprender nuevas formas de comunicar y ser asertivo.

Sesión 9:

Proyecto de vida: El concepto de proyecto de vida capacita a las personas para visualizar y tomar decisiones fundamentadas sobre su futuro. Esto se logra mediante la definición de metas claras, la implementación de estrategias para alcanzarlas y la consideración del tiempo necesario para llevar a cabo estos planes (Suárez et al., 2018).

La sesión comenzó con una exploración detallada de las aspiraciones y metas del paciente tanto a corto como a largo plazo, así mismo revisando los objetivos planteados en casa. Luego, se pasó a identificar metas realistas y significativas en colaboración con el individuo. Estas metas fueron posteriormente registradas en un formato específico utilizado por el CETAD para mantener un seguimiento detallado del progreso del paciente.

Los resultados de la sesión fueron altamente positivos, el paciente expresó claramente sus aspiraciones y metas tanto a corto como a largo plazo, la sesión fue fundamental para iniciar un proceso de cambio y crecimiento personal, brindando al paciente una mayor claridad y motivación para alcanzar sus metas

Sesión 10:

Psicoeducación: Tal y como se describió en la sesión uno.

Tarjetas flash La creación de fichas de autoayuda según González Salazar (2009) comenta que es un recurso complementario relacionado al tratamiento de adicciones, proporcionando a los pacientes información, estrategias, que permiten manejar el problema de manera independiente, las mismas pueden contener datos sobre efectos de drogas, técnicas para prevención de recaídas, técnicas de relajación y actividades alternativas, con el objetivo de reemplazar las predicciones negativas por pensamientos positivos y resguardar técnicas aprendidas y complementarias.

Durante la sesión se realizó una psicoeducación sobre lo referente a recaídas; posteriormente, se inició con la elaboración del material de fichas, utilizando cartulinas, marcadores, tijeras etc. Las mismas contenían información relevante sobre las técnicas aprendidas durante el transcurso de los encuentros terapéuticos, craving y prevención de recaídas. Al finalizar la sesión se evidenció una buena disposición del paciente al realizar las fichas y se brindó una retroalimentación de cuándo podría usar los recursos realizados.

Sesión 11:

Aplicación de retest: La evaluación psicológica se centra en la reutilización de instrumentos psicológicos, esta herramienta psicológica proporciona una visión clara de la evolución del paciente después de recibir acompañamiento psicoterapéutico. Permite determinar si los síntomas iniciales que causaban malestar persisten o han mejorado. Además, el método de retest permite identificar la efectividad del tratamiento. Al volver a administrar los instrumentos, se obtiene una comparación directa entre los resultados previos y los actuales (Polit ,2014).

Se trabajó en función a identificar los avances con la aplicación de los siguientes reactivos Escala de Hamilton ansiedad y depresión, y ASSIST. Durante la aplicación de los retests, se guio al paciente para que respondiera a las preguntas de manera sincera y reflexiva, asegurando así la precisión de los resultados. Una vez completada la sesión, se compararon los resultados de los retests con los resultados iniciales en los cuales se observó una mejoría en los síntomas o un cambio positivo en las puntuaciones de los instrumentos, se pudo concluir que el tratamiento había sido efectivo hasta el momento.

A su vez fue un momento crucial para reflexionar sobre el progreso alcanzado. Durante esta sesión, se destacaron los logros y avances significativos que se alcanzaron a lo largo del proceso terapéutico, reconociendo el esfuerzo y la dedicación del paciente en su recuperación. Se brindó una retroalimentación completa sobre todo el proceso terapéutico, enfatizando los aspectos positivos y los cambios observados en su crecimiento espiritual, emocional, y su calidad de vida.

Finalmente, el cierre de la sesión se llevó a cabo de manera cálida y afectuosa permitiendo que el paciente se despidiera de este ciclo terapéutico con una sensación de logro y esperanza para el futuro.

Capítulo tres

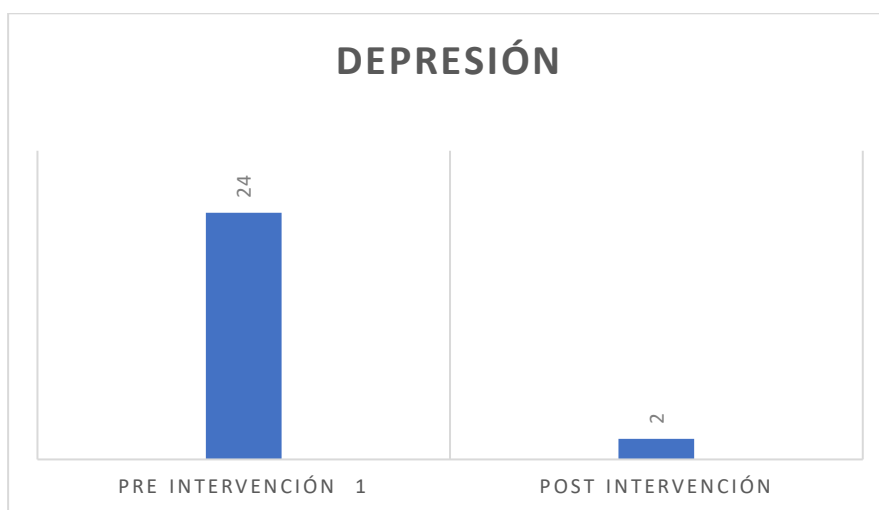
Resultados

Tras la aplicación del plan psicoterapéutico, se lograron obtener resultados notables que respaldan la efectividad del tratamiento, reflejado en los resultados de aplicación de re-test, los cuáles se detallan a continuación.

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

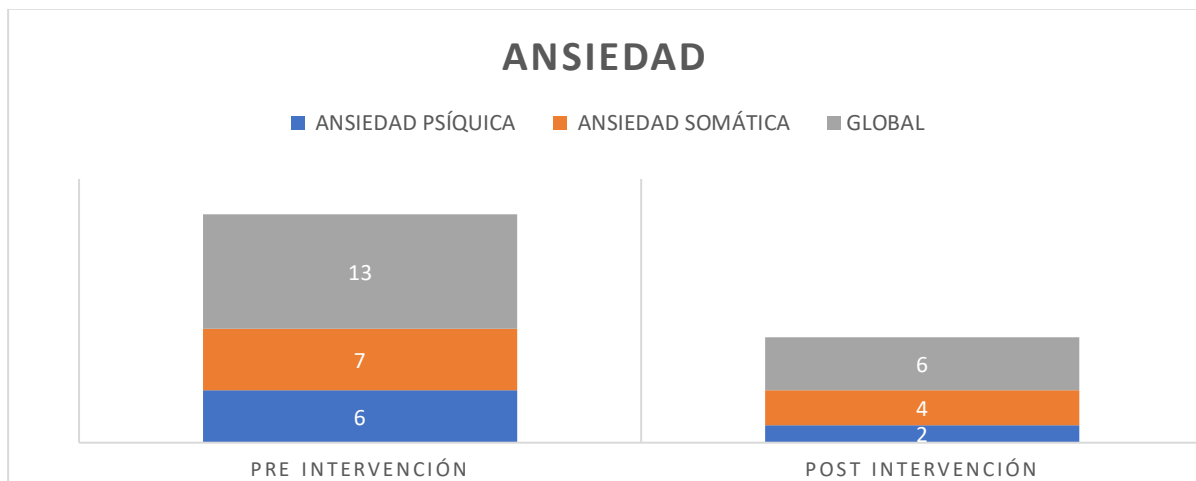
Figura 2

Inventario de Depresión de Hamilton



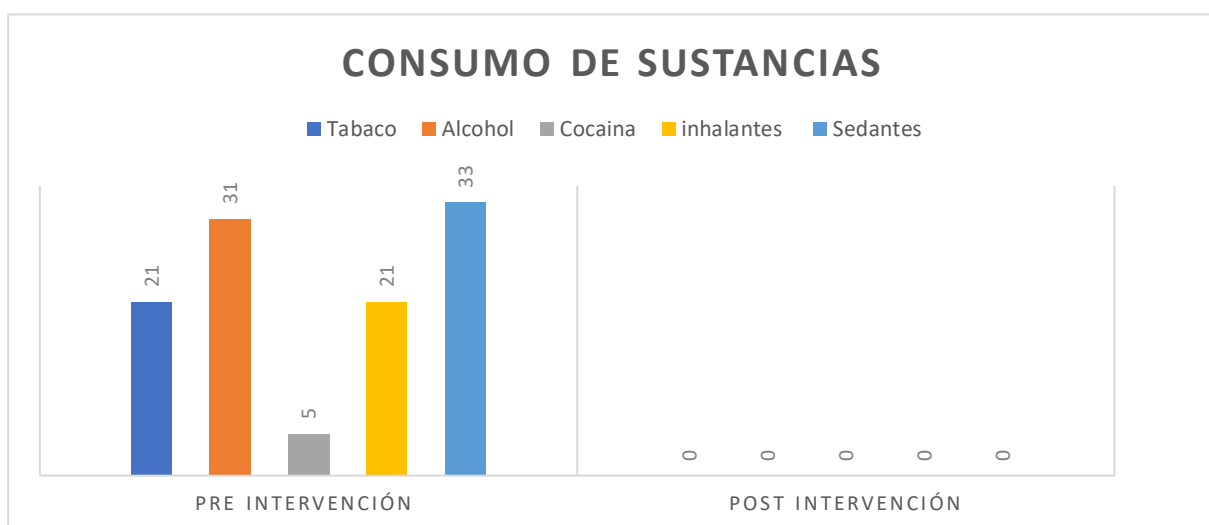
Nota. Resultados del inventario pre y post tratamiento.

Según lo indicado en la figura 2, se evidencia una marcada disminución de la sintomatología depresiva; puesto que, inicialmente el paciente obtuvo 27 puntos que corresponden a un nivel de depresión moderado y posterior al tratamiento alcanzó un puntaje de 2 que significa un nivel de depresión leve.

Figura 3*Inventario Ansiedad Hamilton*

Nota. Resultados del inventario pre y post tratamiento.

Los datos expuestos en la figura 3 presentan los resultados obtenidos tras la aplicación pre y post tratamiento del Inventario de Ansiedad de Hamilton, arrojando un resultado de 6 puntos en ansiedad psíquica, 7 en ansiedad somática y el su globalidad 13 puntos, lo que se interpreta con un nivel leve de ansiedad,; sin embargo, posterior al tratamiento se evidenció una disminución notable sobre la sintomatología dando una puntuación de 2 en ansiedad psíquica, 4 en ansiedad somática y 6 en puntuación total.

Figura 4*ASSIST: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias*

Nota. Resultados del inventario pre y post tratamiento.

Los resultados expuestos en la figura 4 proporcionan una visión detallada de los puntajes obtenidos tras la aplicación del inventario ASSIST pre-intervención, evidenciándose un consumo nocivo de sedantes con un puntaje de 33, alcohol 31, tabaco e inhalantes 21, y cocaína 5. Tras realizar la evaluación post intervención se evaluaron los mismos criterios, mostrando el paciente un puntaje de 0; el cual se debe, en primera instancia por encontrarse en un ambiente protegido y luego por las técnicas utilizadas.

3.1 Análisis de resultados cualitativos

Tabla 3

Resultados cualitativos del consultante

Conducta y aspectos de afectación inicial	Se mantuvo, es decir, no hubo cambio	Cambio parcialmente	Se extinguió se modificó	Observación
Estado de ánimo deprimido.			x	Estado de ánimo eutímico la mayor parte del tiempo, denotando participación.
Desinterés.			x	Presentó mayor interés en terapias grupales e individuales.
Desregulación emocional			x	Logró identificar, expresar y regular sus emociones.
Carencia de solución de problemas.			x	Abordó eficazmente los problemas considerando opciones y evaluando las posibles consecuencias.
Déficit en habilidades sociales			x	Logró mejorar e implementar la escucha activa,

empatía y
comunicación
asertiva dentro de
la convivencia
con sus
compañeros.

Nota. Cambios cualitativos observados dentro del proceso terapéutico.

De acuerdo con la información proporcionada en la tabla 3, se evidencia el impacto positivo del tratamiento en diversos aspectos del paciente. Inicialmente V.G, reflejaba un estado de ánimo deprimido y desinterés marcado, con el transcurso del tratamiento se evidenció una significativa transformación hacia un estado de ánimo más equilibrado y un mayor compromiso con las terapias propuestas. Además, se observó una notable mejoría en la regulación emocional del paciente, quien logró identificar, expresar y regular sus emociones de manera más efectiva a lo largo del proceso terapéutico. A pesar de enfrentar desafíos iniciales en la resolución de problemas y en el ámbito de las habilidades sociales, el paciente exhibió un progreso significativo al abordar eficazmente los conflictos y al fortalecer sus habilidades comunicativas y de empatía, todos estos resultados subrayan un avance significativo en el bienestar emocional, la capacidad de afrontamiento y las habilidades interpersonales del paciente.

Discusión

En el presente trabajo se describe el proceso de evaluación e intervención psicológica llevado a cabo en un paciente de sexo masculino, de 29 años de edad, con diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo y a su vez el trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas. Síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia en un medio protegido.

El caso clínico muestra una historia compleja y variada marcada por traumas importantes de la infancia, así como un entorno familiar disfuncional y la presencia de trastornos mentales como ansiedad y depresión. Estos factores de riesgo están vinculados a eventos inesperados en sus relaciones interpersonales, tales como episodios de celos y conflictos con sus parejas sentimentales. Además, se destacan factores mantenedores, como el consumo continuo de sustancias psicoactivas, exacerbado por la disponibilidad financiera y la influencia de un grupo de compañeros que fomenta conductas de riesgo.

En el proceso de evaluación se utilizaron entrevistas clínicas y reactivos psicológicos; por lo que, para evaluar la sintomatología del paciente se aplicó el Inventario de Depresión de Hamilton, donde se evidencia una marcada disminución de la sintomatología depresiva; puesto que inicialmente, el paciente obtuvo 27 puntos que corresponde a un nivel de depresión moderado y posterior al tratamiento alcanzó 2 que significa un nivel de depresión leve.

Los resultados obtenidos se relacionan con lo encontrado por Contrera et al. (2020) quienes, en su investigación, desarrollada con una muestra de 30 pacientes, en edades comprendidas desde los 18 hasta los 65 años, 21 pacientes hombres y 9 mujeres; en la cual, la media de edad fue de 38 años, determinaron que, a mayor tiempo de consumo, mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos. Así mismo, analizaron la relación entre la intensidad de la depresión y el consumo de sustancias, por lo que resalta que, a mayor intensidad de la depresión, mayor es la probabilidad de consumir. De esta manera, se obtuvo que el 26.3% de los participantes en la presente investigación obtuvieron puntajes entre 0 y 13 (depresión mínima/ sin depresión), el 24.3% puntajes de 14 a 19 (depresión leve); el 24.8%

puntuaciones entre 20 a 28 y el 24.8% puntajes de 29 a 63 (depresión grave o severa). Además, según la literatura revisada muchos pacientes con dependencia a sustancias pueden tener síntomas depresivos y de ansiedad, en mayor o menor grado de duración, a lo largo de su evolución.

Del mismo modo, se aplicó el Inventario de Ansiedad de Hamilton, arrojando un resultado de 6 puntos en ansiedad psíquica, 7 puntos en ansiedad somática y 13 puntos en el puntaje total, lo que significa un nivel leve de ansiedad, posterior a ello y tras el proceso de intervención se evaluó con el mismo reactivó y se evidenció una disminución notable sobre la sintomatología ansiosa, dando una puntuación de 2 en ansiedad psíquica, 4 en ansiedad somática y 6 en puntuación total.

Estos resultados coinciden con lo encontrado por Guerrero y Delgado (2023) quienes realizaron un estudio, en el que participaron 112 estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Técnica de Ambato de las carreras de Psicopedagogía, Idiomas, Cultura Física, Turismo, Educación inicial y básica, entre edades comprendidas entre 18 y 29 años de edad, de los 112 evaluados, el nivel de ansiedad grave fue predominante correspondiendo al 35,7%, seguido por ansiedad moderada con un 26,8%, ansiedad leve con un 22,3%, finalmente ansiedad mínima con un 15,2% del total. Los hallazgos mencionados ayudan a concluir que el Inventario de Ansiedad de Beck es apto para evaluar la sintomatología ansiosa en pacientes consumidores y no consumidores de sustancias y en el rango de edad del paciente; pues, el análisis de la asociación entre la intensidad de la sintomatología ansiosa y el consumo de sustancias reveló que, a mayor intensidad ansiosa, mayor fue la probabilidad de consumir o viceversa.

A su vez en cuanto a la aplicación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias: ASSIST, se evidenció un consumo nocivo de sedantes con un puntaje de 33, alcohol 31, tabaco e inhalantes 21, y cocaína 5. Tras realizar la evaluación post intervención se evaluaron los mismos criterios, mostrando el paciente un puntaje de 0; el cual se debe, en primera instancia por encontrarse en un ambiente protegido y luego por las técnicas utilizadas.

Estos resultados se asemejan con la investigación llevada a cabo por Tómalá-Ricardo (2022) en una población de 150 personas, donde se evidenció que en gran proporción las bebidas alcohólicas son las más consumidas o que por lo menos la han probado una vez en su vida, seguido del tabaco o cigarrillo; además, se identificó que según lo observado, la sustancia psicoactiva que consumen con más frecuencia son las bebidas alcohólicas con un 28,9% correspondiente a diario, seguido del tabaco que en este grupo se incluyen los cigarrillos con un 26,3%. Luego los opiáceos con un 21,1%, la cocaína con un 18,5%, los alucinógenos con un 7,9%, en igual frecuencias el cannabis, inhalantes y tranquilizante con un 5,3%, y el que menos consumen son las anfetaminas con 2,6%. Lo que deja en evidencia que este instrumento es ampliamente utilizado para la evaluación de consumo de sustancias psicoactivas y que la principal sustancia consumida es el alcohol, actuando como una puerta de ingreso al resto de drogas.

Por otro lado, se aplicó la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA), con el objetivo de medir un posible deterioro cognitivo en el paciente. Es así, que V.G. alcanzó una puntuación total de 20, correspondientes a un deterioro cognitivo leve. En dicho sentido se conoce, que la adicción a sustancias psicotrópicas generan alteraciones en los circuitos cerebrales y por ende trastorno cognitivos, emocionales y comportamentales. Esta premisa se corrobora en un estudio realizado por Contreras et al. (2023), en donde trabajó con una muestra, constituida por los 257 pacientes atendidos en el Servicio de Psicología del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", del año 2016 al año 2019, cuyos participantes presentaban diagnóstico de adicción a sustancias psicoactivas y los resultados de la investigación, tras la aplicación de la prueba MOCA, determinó que se 56,8 % de los pacientes presentada un deterioro cognitivo. El 47,5 % de ellos leve y el 9,3 % moderado. Y se confirmó que el tiempo de consumo y el funcionamiento cognitivo estaban asociados con una mayor probabilidad de sufrir deterioro cognitivo.

Por último, para evaluar características de personalidad, se empleó el cuestionario de personalidad SEAPSI y luego del análisis, los rasgos identificados en el paciente muestran una combinación de características afectivas, cognitivas y de relaciones. Se observa una

tendencia histriónica-ciclotímica en el ámbito afectivo, mientras que, en el cognitivo, se destacan rasgos paranoicos y en cuanto a las relaciones interpersonales, se identifican déficits asociados a personalidades esquizoides y esquizotípicas. Pero en una investigación realizada por Brazales y Díaz (2021), con una muestra de 26 pacientes internos en el CETAD, se puede ver que el tipo de personalidad anancástico representa el 50% de la muestra, mientras que el tipo disocial es el segundo más identificado con el 15,4% de los examinados; no obstante, independientemente del tipo de personalidad, el alcohol y la marihuana son las sustancias psicotrópicas más consumidas, según los datos sociodemográficos. Sánchez y Berjano (1996) en su estudio sobre características de personalidad en sujetos drogodependientes, concluyó que no existen tipos específicos de personalidad en sujetos adictos a sustancias.

Luego de analizar los resultados obtenidos tras el proceso de evaluación, se llegó a la conclusión de que, el paciente cumple según la CIE-10, con los criterios diagnósticos del F41.2 trastorno mixto ansioso depresivo, el cual guarda una correlación con las diversas situaciones que ha vivido, y a su vez con el F19.21 trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas. Síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia en un medio protegido.

Lo anteriormente mencionado, se relaciona con los resultados del estudio realizado por Mohamed et al. (2020), cuyo objetivo de su investigación fue examinar el valor predictivo de la somatización, depresión y ansiedad en el consumo intensivo de sustancias, utilizando una muestra de 100 pacientes mayores de 18 años de edad, diagnosticados con un trastorno de consumo de sustancias. En los resultados se encontró que el 80% muestra niveles ansiedad en un rango entre moderado y alto, mientras que el 93% varían entre porcentajes de depresión del 12% en rango leve, 9% moderado y el 72% grave. Poniendo en manifiesto la importante relación existente entre el uso y el abuso de sustancias y la presencia de problemas de salud mental o emocional.

Respecto al proceso de intervención psicoterapéutica, se desarrolló bajo un enfoque integrativo, el cual ha demostrado eficacia en casos o investigaciones semejantes a la del

paciente. Una de ellas es la realizada por Loredó (2013) en un adulto de 34 años de edad, quien experimentó traumas y deficiencias emocionales en su niñez, lo que contribuyó al desarrollo de síntomas complejos como ansiedad, depresión, baja autoestima, problemas en las relaciones interpersonales y de consumo; y, tras la aplicación del tratamiento psicológico integrativo, el paciente experimentó un cambio positivo en las distintas esferas de su vida. Por ello, con el objetivo de abordar tanto los factores emocionales subyacentes como las conductas adictivas, en el presente trabajo se combinó técnicas de psicoterapia cognitivo-conductual, mindfulness y terapia gestáltica; además, se centró en reconocer y manejar las emociones, desarrollar habilidades de afrontamiento, restaurar la autoestima y promover relaciones sociales saludables, por lo que el paciente demostró una mejora significativa en su bienestar emocional, una disminución en su consumo de sustancias y una mejor capacidad para manejar situaciones de estrés y desafíos interpersonales como resultado del tratamiento integrativo.

Siguiendo esa línea, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) está directamente relacionada con las intervenciones terapéuticas que buscan aumentar las posibilidades de que las personas consumidoras y dependientes no recaigan en el consumo de sustancias. Este enfoque pretende incrementar la capacidad del paciente para minimizar el riesgo de comportamientos de consumo, a través del manejo de situaciones de estrés, gestión y expresión de emociones; así como, con el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas (Gárate y Guillén, 2009).

Además, se ha incorporado el Mindfulness en el plan terapéutico del paciente, la cual es considerada como una de las técnicas que aportan más beneficios en el proceso de recuperación de adicciones; por lo que, Callisaya-Condori (2024), comenta que estas prácticas promueven la reducción del estrés y la ansiedad, ayudando a quienes luchan contra las adicciones a manejar las tensiones que pueden desencadenar recaídas, además, fomentan la toma de decisiones conscientes, lo que permite a las personas con esta problemática tomar elecciones más saludables y que estén en línea con sus objetivos de recuperación. Además, la autoconciencia desarrollada a través de las técnicas del

Mindfulness ayuda a reconocer los desencadenantes y patrones de comportamiento adictivo, lo que permite abordarlos de manera efectiva. En resumen, la meditación y la atención plena brindan un ambiente de tranquilidad y claridad en medio de los desafíos del problema de adicción.

Por otra parte, en cuanto a las técnicas gestálticas aplicadas en el campo de las adicciones, buscan promover el crecimiento personal a través del aumento de la conciencia. Esto incluye la toma de conciencia del momento presente, así como de las emociones y pensamientos del individuo (Morejón, 2019).

Por lo que, en el estudio realizado por Arias y Romero (2023) mencionan que, en la terapia gestáltica, las adicciones son el resultado de frustraciones, sentimientos y vacíos de autopercepción; por lo cual, a través de estas técnicas, se busca que el paciente genere conciencia de sus experiencias presentes y, tome responsabilidad de sus emociones, acciones, decisiones y pensamientos.

Centrándose en las técnicas del presente estudio de caso, se empleó inicialmente la psicoeducación, con el objetivo de brindar al paciente información sobre el consumo problemático de alcohol y drogas, con el fin de aumentar la comprensión de los síntomas asociados y prevenir recaídas; por lo que, Godoy et al. (2020) afirma que la psicoeducación incentiva a las personas a iniciar o continuar con el tratamiento por la adicción y también busca que el paciente conozca la naturaleza de su enfermedad, promoviendo su autonomía empoderamiento y un vínculo social saludable, por lo que integrarlo en la intervención psicológica ayudará a aumentar las posibilidades de recuperación a largo plazo y evitar recaídas. Por lo tanto, se determina que la psicoeducación es una herramienta fundamental en el tratamiento de los distintos problemas y en específico para el caso de estudio, puesto que posibilitó que V.G. desarrollara mayor conciencia de adicción y a su vez con la necesidad de adherirse al tratamiento.

Otra de las técnicas aplicadas fue la respiración diafragmática, con el objetivo de disminuir sintomatología ansiosa y promover la autorregulación emocional. ; lo cual, se asemeja al estudio de caso realizado por Mesa Cadena (2017) quien aplicó la respiración

diafragmática en 5 sesiones y entrenó al consultante con el objetivo de disminuir niveles de ansiedad por consumo, indicándole la importancia de activar la respuesta de relajación del organismo en situaciones de estrés y ansiedad; evidenciándose, aceptación a la técnica y práctica frecuente, que condujo a la reducción de niveles de ansiedad. Por lo que dicha investigación, presenta gran similitud con los resultados alcanzados a través de la aplicación de la técnica en el caso de estudio.

Así mismo, fue fundamental trabajar con técnicas de reestructuración cognitiva, con la finalidad identificar y reestructurar patrones del pensamiento disfuncionales, ante lo cual, Bedoya Londoño y Orozco Tamayo (2019) argumentan que la reestructuración es la principal herramienta en la terapia cognitiva conductual, esta busca modificar pensamientos, ideas y creencias estructuradas, dándoles ideas de confrontación cognitivas para mejorar la forma de visualizar el mundo, el futuro y la percepción sobre sí mismos. Y tras la aplicación de ésta el paciente consiguió que el paciente identificara los pensamientos negativos presentes y a su vez que desarrolle una perspectiva más racional de los mismos.

Otras de las técnicas aplicadas, fue la silla vacía, con el propósito de fomentar la autoconciencia en el paciente, a través de la resolución de conflictos internos mediante un diálogo que puede ser con uno mismo o con otra persona; tal como, lo afirma Miranda (2022), quien aplicó esta técnica a una persona que estaba atravesando un proceso de duelo y le permitió expresar sus emociones hacia esa persona, sintiendo un gran alivio, tal como sucedió en el presente caso, que V.G., pudo explorar, identificar y manejar de mejor forma las experiencias pasadas y sus conflictos internos.

Pasando a la técnica de resolución de problemas, Coronel (2022) plantea que la aplicación de esta en personas con adicciones a sustancias, es esencial; puesto que, mejora el funcionamiento psicológico y conductual, previene recaídas o la aparición de nuevos problemas clínicos, maximizando, de este modo, la calidad de vida de las personas. Además, la importancia de esta técnica radica en que estudios han demostrado que las estrategias de resolución de conflictos constituyen un factor esencial para la adaptación, y, consecuentemente, su entrenamiento mejora la capacidad de manejar adecuadamente

situaciones difíciles y de esta forma, se reduce el riesgo de recaídas (Mohamad, 2019). Por lo que, se deja en evidencia la importancia de su aplicación en el presente caso.

Finalmente, en lo que concierne a la comunicación asertiva se pudo encontrar en un estudio relacionado con las estrategias resilientes en pacientes con drogodependencia, donde expresan que la falta comunicación asertiva en estos pacientes, muchas veces son problemas limitantes en el desarrollo del individuo, más aún si estos atraviesan por circunstancias de abandono por parte de sus padres; por lo que es necesario comprender que la comunicación asertiva, permite el desarrollo de los individuos dentro la sociedad, buscando alcanzar una vida digna y en plenitud (Aro y Eyzaguirre , 2022).

Conforme a lo expuesto anteriormente, es importante destacar que el presente trabajo posee relevancia en el ámbito clínico; por lo que, se han utilizado técnicas de diversos enfoques, que cuentan con respaldo científico, debido a su eficacia, aumentando la confianza de aplicación de estas estrategias en el presente caso. De esta manera, el trabajo puede servir de guía para futuras investigaciones y a partir de este profundizar el conocimiento de la problemática y su abordaje psicológico. En cuanto, a su contribución social, este trabajo podrá servir como guía de atención a pacientes con problemas relacionados al consumo de sustancias y trastornos emocionales, permitiéndoles recibir un abordaje integral enfocado a mejorar su calidad de vida.

Finalmente, entre las limitaciones evidenciadas en el presente caso, destaca el aplazamiento de las sesiones debido a la usencia del paciente por realizar labores de cocina, así mismo la interrupción o pausas del proceso terapéutico debido a un problema dentro del centro en donde el paciente fue sancionado por su comportamiento.

Conclusiones

Respecto al proceso de evaluación empleado, se concluye que la entrevista, permitió recolectar información de manera oportuna, mientras que la observación clínica facilitó la visualización de comportamientos verbales y no verbales presentes en el paciente.

Así mismo, los instrumentos utilizados: ASSIST para detectar consumo de sustancias, SEAPSI para evaluar personalidad, Escala de ansiedad y depresión de Hamilton junto a MoCA para evaluar ansiedad, depresión y funciones cognitivas, fueron indispensables para confirmar o descartar las distintas hipótesis diagnósticas. Por lo que, se concluye que los reactivos psicológicos empleados cumplieron en su totalidad la función de corroborar la sintomatología presentada por el paciente, permitiendo llegar a un diagnóstico definitivo. Además, los reactivos aplicados post -intervención tales como Ansiedad y depresión de Hamilton y ASSIST permitieron determinar la eficacia y reducción del consumo de sustancias y sintomatología ansiosa y/o depresiva.

Además, el plan de tratamiento basado en la aplicación de un enfoque integrativo demostró ser efectivo en el abordaje de drogodependencia ya que al utilizar varios enfoques terapéuticos tales como terapia cognitivo-conductual, terapia gestáltica, y mindfulness permitió seleccionar varias técnicas que aportaron significativamente en la reducción de sintomatológica así como: respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, diálogo socrático, detención del pensamiento, resolución de problemas y comunicación asertiva, mismas que ocasionaron un cambio notorio en el paciente permitiendo mejorar en aspectos como un estado de ánimo equilibrado, regulación y control de emociones, aumento de escucha activa, resolución de conflictos y disminución de sintomatología ansiosa y depresiva.

Para finalizar, es importante mencionar que, al encontrarse en paciente en un medio protegido, facilitó el proceso de atención y el desarrollo del plan de tratamiento individual; sin embargo, no fue posible realizar un abordaje familiar, debido a la falta de implicación del núcleo familiar.

Recomendaciones

Es recomendable mantener el uso de entrevistas, observación clínica y reactivos psicológicos, en la fase inicial y como subsecuente, ya que son una parte integral de cualquier proceso terapéutico, de esta manera se podrá obtener un diagnóstico preciso, crear un correcto plan de tratamiento, y a su vez contribuir al monitoreo constante de la evolución del paciente.

Así mismo, es importante promover la utilización de un enfoque integrativo en el ámbito de la drogodependencia, sin duda la combinación de diversas técnicas permite desarrollar un plan de intervención adaptado a las necesidades de cada paciente y se potencia los resultados.

Considerando las dificultades familiares presentadas, se recomienda al centro plantear estrategias que involucren al núcleo familiar del paciente con el fin de crear una red de apoyo sólida.

Para culminar, es recomendable fomentar el tema de investigación ligado a el campo de salud mental y drogadicción, con la finalidad de identificar nuevos enfoques terapéuticos y técnicas que podrían ser integradas con la finalidad de mejorar la calidad de atención brindada al paciente.

Referencias

- Arias, F. y Romero, N. (2023). *Tratamientos de las adicciones a sustancias psicoactivas*. [Tesis de posgrado, Universidad Católica del Ecuador]. Archivo digital. <https://bit.ly/4aGgyEJ>
- Arias, P. R., Gordón-Rogel, J., Galárraga-Andrade, A., y García, F. E. (2022). Propiedades Psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en Estudiantes Ecuatorianos. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 20(2), 273-287. <https://doi.org/10.35319/ajayu.202110>
- Aro, A. R., y Eyzaguirre, D. O. (2022). Comunicación asertiva en adolescentes. Casa de Acogida Margarita Auger, Municipio Uncía, Norte de Potosí, Bolivia. *Sociedad y Tecnología*, 5(3), 447-461. <https://doi.org/10.51247/st.v5i3.255>
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*. <https://bit.ly/3Vum3Sm>
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y modificación de la Conducta*, 37(155-156), 43-63. <https://bit.ly/3VwEE04>
- Bedoya Londoño, L. F., y Orozco Tamayo, L. (2019). *Características del tratamiento cognitivo conductual en adicción a sustancias psicoactivas* [Tesis doctoral, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3VpWbXN>
- Brazales Flores, X. E., y Díaz Arce, A. C. (2021). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes diagnosticados con trastorno de consumo de sustancias múltiples en dos centros privados de adicciones de la ciudad de Cuenca*. [Tesis de posgrado, Universidad del Azuay]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3x2i5qO>
- Callisaya-Condori, J. C. (2024). Mindfulness como Estrategia para la Gestión de Ansiedad Ocasionada por Consumo de Sustancias Psicoactivas. *Revista Docentes 2.0*, 17(1), 310-319. <https://bit.ly/3RI33n3>

- Capurro, D., y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista médica de Chile*, 135(4), 534-538. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>
- Carbonell, M. D. L. C., Riquelme Marín, A., y Pérez Díaz, R. (2015). Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos. *Psicología desde el Caribe*, 32(3), 410-423. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.3.6668>
- Casas Muñoz A, Velascasco Rojano AE, Loredó Abdalá A. (2022). Adaptación y validación del Test de Detección de Alcohol, Tabaquismo y Sustancias Involucradas (ASSIST) en una población semirural de adolescentes mexicanos. *RIAD*, 8(1)30-9. <https://doi.org/10.28931/riiad.2022.1.04>
- Castillo, X. B., y Jumbo, F. T. (2017). Tipologías de personalidad existentes en pacientes con trastorno depresivo, estudio de caso: Hospital del Instituto de Seguridad Social (IESS) de Machala. *In Conference Proceedings (Machala)*, 1(1). <https://bit.ly/4c5SfAT>
- Chamorro Armijos, A. A., y Rodríguez Tello, R. A. (2022). *Impacto de la pandemia de COVID-19 en pacientes diagnosticados con Trastorno Mixto de ansiedad-depresión, pertenecientes al hospital "Julio Endara" en el período comprendido marzo 2020-febrero 2021* [Tesis de posgrado, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3RyzYET>
- Chui, H., Pérez, K., Roque, E., Sumari, R., y Roque, B. (2023). Ansiedad, depresión y uso excesivo de Internet en la calidad de sueño de estudiantes de medicina veterinaria y zootecnia. *Revista de Investigaciones Veterinarias del Perú*, 34(3). <http://dx.doi.org/10.15381/rivep.v34i3.25478>
- Contreras Olive, y., Miranda Gómez, O., y Torres Lio-Coo, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista cubana de medicina militar*, 49(1). <https://bit.ly/4e5nwG4>
- Coronel Carrasco, A. (2022). *Intervención psicológica en usuaria con dependencia a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica privada-Lima* [Tesis de grado,

Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional.
<https://bit.ly/4dZdqGR>

Cuevas-Cancino, J. J., y Moreno-Pérez, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería universitaria*, 14(3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>

D'Zurilla, T., y Goldfried, M. (1971). Resolución de problemas y modificación del comportamiento. *Revista de psicología anormal*, 78(1), 107-126. <https://bit.ly/3x6Uh5c>

Fienco-Choez, E. E., Loor-Vera, C. L., y Fuentes-Sánchez, E. T. (2023). Factores asociados al consumo excesivo de drogas psicodélicas en jóvenes en el contexto mundial de la población. *MQRInvestigar*, 7(3), 4465-4482.

<https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.4465-4482>

Gárate Peña, P., y Guillén Bustamante, X. (2019). *Diseño de un plan de psicoterapia integrativa grupal aplicado a un grupo de pacientes adictos (Estudio realizado con los pacientes en el Centro de Reposo y Adicciones de la ciudad de Cuenca CRA)* [Tesis posgrado, Universidad del Azuay]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3X4gJGA>

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

Gómez-Moreno, S. M., Cuadrado, M. L., Cruz-Orduña, I., Martínez-Acebes, E. M., Gordo-Mañas, R., Fernández-Pérez, C., y García-Ramos, R. (2022). Validación de la versión española de la Escala Cognitiva de Montreal (MoCA) como herramienta de cribado de deterioro cognitivo asociado a la esclerosis múltiple. *Neurología*, 37(9), 726-734. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.11.006>

González Salazar, I. D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, 57, 12-7. <https://bit.ly/4ccexkF>

Guerrero, G. H., y Delgado, R. P. (2023). Ansiedad y relación con el consumo de tabaco en estudiantes universitarios. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 340-353. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.248>

- Guzmán-Cortés, F., González-Valero, G., Puertas-Molero, P., y Melguizo-Ibáñez, E. (2023). Relación entre Actividad Física y Uso de Sustancias Nocivas. Una revisión sistemática. *ESHPA - Educación, Deporte, Salud y Actividad Física*, 7(3), 256-274. <https://bit.ly/4bl81Cj>
- Hernández, Y. G., Acosta, M. E. H., Barba, C. H., y Montelongo, K. A. Q. (2019). Caracterización sociodemográfica de pacientes con invalidez por depresión y trastorno ansioso depresivo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 20(20), 52-56. <https://bit.ly/3x8o0uj>
- Ibáñez, L. G., Luengo, A. P., Arconada, L. R., Tobías, C. C., Sánchez, A. M. B., y Romea, N. B. (2023). Revisión sistemática sobre el consumo de drogas psicoactivas entre la población de estudiantes. Factores de riesgo. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 6. <https://bit.ly/3Vq82VS>
- Lániz-Mera, E. R., y Pinargote-Macías, E. I. (2021). La importancia del tratamiento psicoterapéutico en pacientes con consumo problemático de sustancia psicoactivas. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR. ISSN: 2737-6273.*, 4(8 Ed. esp.), 35-45. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0029>
- Larrosa, S., y Palomo, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 568-573. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8919>
- López, A., Benítez, X., Leon, M., Maji, P., Dominguez, D. y Baez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2). <https://bit.ly/3PkhuEJ>
- Loredo Zambrana, N. (2013). *Un abordaje integrativo de la dependencia al alcohol en hombres en proceso de rehabilitación del hogar La Colmena Santa Teresa de la ciudad de Potosí* (Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre). Repositorio institucional. <https://bit.ly/3KqTVJz>

- Loureiro, C., García, C., Adana, L., Yacelga, T., Rodríguez-Lorenzana, A., y Maruta, C. (2018). Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática. *Rev Neurol*, 66(12), 397-408. <https://bit.ly/3RcS2UB>
- Mesa Cadena, A. (2018). *Intervención cognitiva conductual en un caso por consumo de sustancias* [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3Xc8LLP>
- Mohamad, M. (2019). Satisfacción con la vida y su relación con las estrategias de resolución de problemas sociales en jóvenes universitarios [Tesis de grado, Universidad Católica de Argentina]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3KsQnqa>
- Mohamed, I., Ahmad, H., Hassaan, S., y Hassan, S. (2020). Assessment of anxiety and depression among substance use disorder patients: a case-control study. *Middle east current psychiatry*, 27, 1-8. <https://bit.ly/3xwnVRC>
- Molina-Quñones, H., y Salazar-Taquiri, V. (2022). Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes residentes en Lima, Perú. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(3). <https://bit.ly/3R93LDL>
- Morejón, A. R. (2019). *Manual de psicoterapias: Teoría y técnicas*. Herder Editorial. <https://bit.ly/3VIZorn>
- Muñoz, M. L. (2021). *Entrenamiento a los profesionales del centro de salud "Fuerte Militar Marco Aurelio Subía" en técnicas cognitivo-conductuales para gestionar el estrés presente y prevenir el Síndrome de Burnout en el período de marzo-julio del 2020* [Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/4bHAPLn>
- Murillo-Blázquez, N., y Moruno-Miralles, P. (2020). Investigación sobre drogodependencia en terapia ocupacional: scoping review. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 17(2), 205-213. <https://bit.ly/3XdxLlw>
- Naciones Unidas contra las drogas y Delito [UNODC]. (2022). *La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) presenta en Ecuador los principales hallazgos del Informe Mundial de Drogas 2022*. <https://bit.ly/4bNsJAJ>

- Oliva, A., Parra, Á., y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169. <https://bit.ly/3XzWiBu>
- Partarrieu, A. (2011). Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://bit.ly/3RbmBdz>
- Paz Guerra, S., y Peña Herrera, B. (2021). Fundamentos de la evaluación psicológica. *Revista Internacional de Investigación*, 15, 1-25 <https://bit.ly/4egVcRI>
- Polit, D. F. (2014). Getting serious about test–retest reliability: a critique of retest research and some recommendations. *Quality of Life Research*, 23, 1713-1720. <https://bit.ly/3xbyyc6>
- Puerta Polo, J. V., y Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://bit.ly/3KrSj29>
- Quezada, T. (2019). *Comparación entre el test de Hamilton y Beck para determinar mayor eficacia diagnóstica de depresión, aplicado a estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja* [Tesis de grado, Universidad nacional de Loja]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3yKPEhw>
- Rodríguez, I. P., Calés, J. M., y Arrieta, M. D. E. (2023). Silla Vacía: La Realidad Proyectada. *Revista de psicoterapia*, 34(124), 165-174. <https://bit.ly/4aTXF0Q>
- Rodríguez, O., Hernández, M., y Romero., R. (2017). Intervención clínica en duelo Patológico con terapia breve centrada en soluciones: estudio de caso. *Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud*, 1(2), 56-70 <https://bit.ly/3wWTnIr>
- Ronzani, T. M., Fuentes-Mejía, C., Mota, D. C. B., Gomide, H. P., Ferreira, M. L., y Cruvinel, E. (2019). Intervenciones breves para el abuso de sustancias en América Latina: Una revisión sistemática. *Psicologia em Estudo*, 24, e44393.

<https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.44393>

Ruíz Ruíz, J. V., y Ramírez Rengifo, L. F. (2013). La técnica del ROLE PLAY y su influencia en la producción oral del idioma inglés en los estudiantes del cuarto grado "E" del nivel secundario de la IE" Santa Rosa" Tarapoto• 2010. <https://bit.ly/3RabXn6>

Scoppetta, O., y Ortiz, E. (2021). Modelos Ecológicos del Desarrollo aplicados al consumo de drogas ilícitas: una revisión sistemática. *Psicología desde el Caribe*, 38(2), 167-188. <https://doi.org/10.14482/psdc.38.2.158.1>

Solis, D. (2018). *Reestructuración cognitiva y control de ira* [Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar]. Archivo digital. <https://bit.ly/3PMJHV2>

Suárez-Barros, A. S., Alarcón Vásquez, y Reyes Ruiz, L. (2018). Proyecto de vida: ¿proceso, fin o medio en la terapia psicológica y en la intervención psicosocial?. <https://bit.ly/3RbDqoz>

Tomalá-Ricardo, M., I. (2022). *Consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en la calidad de vida de los adolescentes y adultos jóvenes de la Comuna Prosperidad, Santa Elena. 2022* [Tesis de grado, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/4alymPn>