

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

TEMA:

Informe final_PMEA_RP2

ELABORADO POR:

Michelle Montenegro Jiménez

DOCENTE:

Psi. Cl. Natalia Vizcaíno, MSc.

2024

QUITO

Título: Estudio de Caso de un Adulto Joven de Guayaquil con Consumo Problemático de Sustancias Psicotrópicas y la Influencia de la Falta de Apoyo Emocional Familiar

Abstract

El consumo problemático de sustancias psicotrópicas es una preocupación significativa de salud pública en Ecuador, especialmente entre los jóvenes. Este estudio de caso analiza cómo la falta de apoyo emocional en el núcleo familiar influye en el desarrollo de la adicción a las drogas en un adulto joven de Guayaquil. Se presenta el caso de Carlos (el nombre "Carlos" utilizado en este estudio es ficticio para proteger la confidencialidad del paciente, manteniendo altos estándares éticos en la redacción de esta tesis), un joven de 21 años con dependencia a la cocaína y la heroína; es un caso de seguimiento que ha sido abordado durante las prácticas preprofesionales de la maestría. A través de evaluaciones psicológicas y mediante el programa terapéutico del Centro Especializado en el Tratamiento de Adicciones (CETAD), se exploran los factores familiares y emocionales que influyen en su adicción. Carlos mostró una disminución significativa en los niveles de ansiedad y depresión, mejoró en el reconocimiento y manejo de sus emociones, y desarrolló habilidades para la toma de decisiones responsables. La narrativa personal de Carlos fue crucial para identificar patrones de comportamiento y emociones subyacentes. La falta de apoyo emocional familiar y la disfunción en las relaciones familiares influyeron significativamente en el consumo problemático de drogas en Carlos. Intervenciones a través de sesiones psicoterapéuticas para la prevención de recaídas bajo el enfoque cognitivo-conductual, junto con un componente de apoyo familiar, son esenciales para abordar eficazmente esta problemática.

Palabras claves: Estudio de caso, consumo problemático de drogas, adulto joven, apoyo emocional familiar.

"Estudio de Caso de un Adulto Joven de la Ciudad de Guayaquil con Consumo Problemático de Sustancias Psicotrópicas y Como Factor de Riesgo la Falta de Apoyo Emocional Familiar."

Problemática de salud mental

El consumo problemático de drogas es una grave preocupación de salud pública que afecta a comunidades de todo el mundo, incluyendo Ecuador. La adicción a las drogas, como resultado de este consumo problemático, genera una dependencia a sustancias que alteran el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, provocando cambios en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Se ha sugerido que el estilo de apego desarrollado durante la infancia podría influir en la capacidad de manejar emociones negativas en la adultez (Momeñe et al., 2021). Estudios han demostrado que la desregulación emocional es un mediador de la relación entre el apego inseguro y las adicciones, indicando que la incapacidad para regular adecuadamente las emociones puede llevar a comportamientos adictivos como estrategia de afrontamiento (Liese, Kim, & Hodgins, 2020; Fairbairn et al., 2018; Estévez et al., 2017).

En Ecuador y América Latina, el consumo de drogas es uno de los más elevados; con una incidencia del 51%, superando a países como Chile, Uruguay y Perú (Loor et al., 2018). Según el "III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria de Ecuador, 2016," publicado en junio de 2017 por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Secretaría Técnica de Drogas del Ecuador (SETED), el 51.5% de los estudiantes universitarios consumió alcohol al menos una vez en los últimos 30 días, lo cual refleja la alta prevalencia de consumo de esta droga lícita. Por otro lado, la marihuana es la droga ilícita más consumida, con un 26.9% de los estudiantes que han usado esta sustancia alguna vez en su vida, y un 11.6% que la han consumido en el último año. Además, un 12.7% de los universitarios ha consumido alguna droga ilícita o indebida en el último año, mientras que un 29.9% ha probado algún tipo de estas drogas alguna vez en la vida. Estos datos, aunque recopilados hace algunos años, siguen siendo relevantes para entender la tendencia en el uso de drogas entre los jóvenes, destacando la necesidad de implementar políticas efectivas de prevención y tratamiento para reducir el consumo y sus consecuencias negativas en esta población vulnerable (UNODC y SETED, 2017). Las consecuencias de la drogodependencia durante la adolescencia y la juventud son particularmente perjudiciales para la salud y la calidad de vida, ya que el organismo está en

un proceso de maduración que puede ser interrumpido por el uso de sustancias externas y tóxicas (Montero et al., 2020).

La falta de apoyo emocional en el núcleo familiar puede aumentar la vulnerabilidad psicológica en los jóvenes adultos. Estos individuos pueden recurrir al consumo de sustancias psicotrópicas como una forma de automedicación para manejar el estrés, la ansiedad, la depresión y otros problemas emocionales. La ausencia de apoyo emocional dentro de un entorno familiar incrementa el riesgo de desarrollar dependencias, ya que las sustancias psicotrópicas se perciben como una solución temporal a sus problemas emocionales (Velasco, 2018).

Cuando las personas no encuentran apoyo emocional en su entorno familiar, pueden recurrir a mecanismos alternativos de afrontamiento, como el consumo de alcohol, tabaco o drogas ilegales. El uso de estas sustancias como automedicación para aliviar síntomas emocionales es un mecanismo común entre algunos jóvenes adultos. Por ejemplo, alguien que se siente ansioso o deprimido puede buscar alivio temporal en el alcohol o las drogas. La relación entre la falta de apoyo emocional en el entorno familiar y el consumo problemático de drogas en adultos jóvenes es un fenómeno complejo que requiere atención especial en el ámbito de la salud mental (Montero et al., 2020).

Según Amores & Mateos (2017), la falta de atención emocional y afectiva en el hogar puede generar consecuencias negativas en el desarrollo psicológico de los individuos, especialmente durante la infancia y la adolescencia; tales como, baja autoestima, desamparo y auto-discriminación pueden arraigarse en la psique del joven, influyendo en la formación de modelos operativos internos negativos sobre sí mismo y los demás. Estas secuelas emocionales predisponen a los jóvenes a buscar alivio o escape de su malestar emocional, con el consumo de drogas como una de las vías disponibles.

La búsqueda de sensaciones placenteras o la evasión de emociones dolorosas puede llevar a los jóvenes a experimentar con sustancias psicoactivas como una forma de automedicación o de búsqueda de gratificación inmediata. Según la teoría de la automedicación, las personas usan sustancias para aliviar estados emocionales negativos (Khantzian, 1997). Por tanto, abordar el problema del consumo de drogas en los jóvenes requiere una comprensión integral de los factores emocionales y sociales que los empujan hacia esta conducta, así como un enfoque en proporcionar el apoyo emocional necesario desde la infancia.

En este contexto, el apoyo emocional familiar es crucial porque ofrece un entorno seguro y estable donde los jóvenes pueden desarrollar habilidades para manejar el estrés y las emociones negativas, reduciendo así la necesidad de recurrir a las drogas como mecanismo de afrontamiento. Además, un fuerte vínculo familiar puede fomentar la autoestima y la resiliencia, protegiendo a los jóvenes de influencias externas negativas y ayudándolos a tomar decisiones saludables. De hecho, investigaciones han demostrado que el apoyo familiar y la comunicación efectiva en la familia son factores protectores contra el consumo de drogas en la adolescencia (Steinberg, 2001).

Justificación teórica

El término consumo de sustancias se refiere al uso de drogas o alcohol de manera ocasional o controlada, que puede formar parte de actividades sociales o individuales sin necesariamente ocasionar problemas importantes. Según el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición), el consumo de sustancias se caracteriza por un patrón de uso que no resulta en problemas clínicamente significativos ni en deterioro funcional (American Psychiatric Association, 2013). Esto implica que la persona puede consumir ocasionalmente sin que ello interfiera de manera negativa en su vida cotidiana.

Por otro lado, el consumo problemático, también llamado trastorno por consumo de sustancias según el DSM-5, implica un patrón de consumo que lleva a problemas físicos, psicológicos o sociales significativos. La adicción se define por la pérdida de control sobre el consumo, la compulsión por consumir la sustancia a pesar de las consecuencias adversas, y la experimentación de síntomas de abstinencia al intentar dejar de consumir. La adicción conlleva cambios neurobiológicos que afectan la habilidad de la persona para abstenerse del consumo y para tomar decisiones racionales respecto a ellos. (Volkow et al., 2016).

Comprender los factores familiares que contribuyen al consumo problemático de drogas es esencial para diseñar intervenciones de prevención efectivas (Velasco, 2018). El tipo de relaciones emocionales que se desarrolla con las figuras significativas durante la infancia puede influir significativamente en la capacidad de regular las emociones negativas en la edad adulta. Por ello, es crucial profundizar en estos aspectos para entender mejor este fenómeno (Momeñe et al., 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud (2024), las drogas son sustancias, terapéuticas o no, que al ser introducidas en el organismo humano alteran el funcionamiento natural del sistema nervioso central y pueden generar dependencia, ya sea psicológica, física

o ambas. El consumo de drogas no es únicamente una cuestión de voluntad individual, sino que también está influenciado por estructuras sociales que fomentan la dependencia hacia sustancias tóxicas y psicoactivas. Entre estos factores se encuentran la disfuncionalidad familiar, la influencia de amigos, y las condiciones de un entorno violento, pobre y marginal. Además, la falta de cultura sobre las consecuencias desfavorables del uso de drogas juega un papel importante (Loor et al., 2018).

La falta de apoyo emocional familiar puede tener un impacto significativo en el desarrollo del consumo problemático de drogas en adultos jóvenes. Esta carencia deja secuelas emocionales durante la infancia y adolescencia y altera la formación de vínculos afectivos seguros y saludables (Fantin & García, 2011). Para abordar esta problemática de manera efectiva, es necesario adoptar una perspectiva integral que incluya intervenciones dirigidas tanto a los jóvenes afectados como a sus familias. Esto es fundamental para romper el ciclo de disfunción y promover la salud mental y el bienestar de las futuras generaciones.

Aunque existen estudios sobre el impacto de la falta de apoyo emocional en el ámbito familiar y el consumo de drogas por separado. Se pretende que los hallazgos del presente trabajo en este campo logren tener importantes implicaciones para la práctica clínica, ayudando a los terapeutas a diseñar intervenciones más efectivas para abordar estas problemáticas en su práctica diaria.

La investigación propuesta podría contribuir significativamente al conocimiento en el campo de la psicoterapia y la salud mental, proporcionando información valiosa sobre los factores familiares que influyen en el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias en adultos jóvenes ecuatorianos. Este conocimiento podría servir para informar futuras investigaciones y prácticas clínicas, mejorando así las estrategias de intervención y prevención en el ámbito de la salud mental y el bienestar emocional de las nuevas generaciones.

Caso de Estudio

El presente estudio se basa en un diseño de caso único, lo que permite un análisis detallado y profundo de un adulto joven de la ciudad de Guayaquil con consumo problemático de sustancias psicotrópicas y la falta de apoyo emocional familiar como factor de riesgo. Este enfoque cualitativo es ideal para explorar en profundidad las dinámicas emocionales y familiares que influyen en el comportamiento del individuo.

Participante

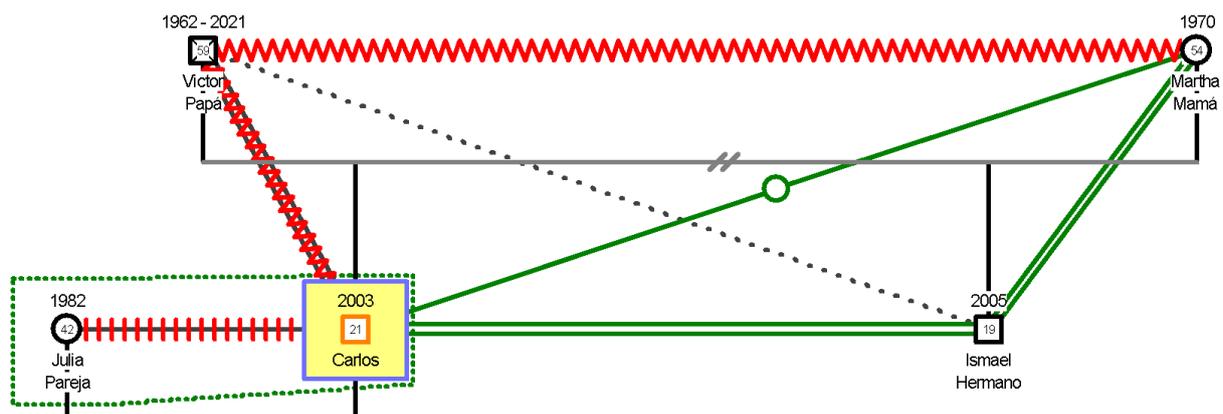
Para respetar la confidencialidad del caso real, se utilizará el nombre ficticio "Carlos". El participante del estudio es un adulto joven de 21 años, quien presenta un consumo problemático de sustancias como cocaína, heroína, alcohol, marihuana y fármacos. Carlos tiene un historial de consumo desde los 12 años, con un patrón de uso intensivo y diario de heroína. Actualmente, se encuentra en tratamiento en un Centro de Tratamiento de Adicciones (CETAD), donde también está internado su hermano menor.

Motivo de Consulta

El paciente acude a tratamiento debido al consumo problemático de drogas.

- **Demanda explícita:** Desea superar el consumo de drogas, mejorar como persona y ser un buen hijo.
- **Demanda implícita:** Busca reconciliarse con su pasado, resolver el duelo por la muerte de su padre, y manejar mejor sus emociones.

Genograma



Características Individuales, Interpersonales y Ambientales

Datos personales

- **Nombre:** Carlos
- **Edad:** 21 años
- **Sexo:** Masculino

- **Escolaridad:** Bachiller
- **Ocupación:** Conductor de tricimoto
- **Estado Civil:** Vive en unión de hecho con una mujer de 42 años

Antecedentes de consumo

- **Sustancia principal:** Cocaína y heroína (H)
- **Otras sustancias:** Fármacos, alcohol, marihuana y creppy (consumo no frecuente)
- **Inicio del consumo:**
 - Alcohol: A los 12 años, en una fiesta familiar.
 - Heroína: A los 13 años, en el baño de mujeres del colegio.
- **Patrón de consumo:** Consumo diario de heroína (una funda diaria) hasta desarrollar dependencia. Consumo frecuente de sustancias mientras trabajaba y en fiestas.
- **Primera internación:** En una clínica de rehabilitación, de la cual salió con resentimientos y sensación de haber perdido el tiempo, ya que le permitían fumar dentro.
- **Actividades ilícitas:** Robo y venta de drogas para adquirir sustancias, aunque nunca ha sido detenido.

Antecedentes Familiares

- **Violencia intrafamiliar:** Maltrato por parte del abuelo, padre y tío paterno.
 - Prefería que lo golpearan a él en lugar de a su hermano.
 - Padre alcohólico y violento, fallecido en accidente de tránsito donde se encontraba en estado etílico.
 - Madre consentidora e infiel, actualmente en una relación con otra persona.
 - Hermano menor también es consumidor de drogas.
- **Duelo no resuelto:** Padre fallecido cuando Carlos estaba internado la primera vez en una clínica de rehabilitación.

Antecedentes Personales

- **Relación con la pareja actual:** 1 año y medio. Problemas debido a su consumo de drogas.
- **Personalidad:** Rebelde, resentido, especialmente con su padre, abuelo y tío paterno.
- **Internamiento actual:** Segunda vez en un centro de tratamiento (CETAD), donde también está internado su hermano menor.

Características relevantes

- **Maltrato familiar:** Por parte del padre, abuelo y tío paterno.
- **Relación con la pareja del padre:** Mantuvo relaciones sexuales con la novia de su padre, lo que generó sentimientos de culpa y tristeza tras la muerte del padre.
- **Responsabilidad hacia el hermano:** Se siente culpable y frustrado por no poder ayudar más a su hermano menor, también internado en el CETAD.
- **Dificultades emocionales:** Resentimiento, culpa, tristeza, vacío y despecho. Le cuesta reconocer y expresar sus emociones, prefiere reprimirlas.

Formulación del caso

Hipótesis diagnóstica

La falta de apoyo emocional familiar contribuye significativamente al desarrollo y mantenimiento del consumo problemático de sustancias psicotrópicas en adultos jóvenes. En el caso específico de Carlos, la carencia de un entorno familiar emocionalmente seguro y estable ha influido de manera determinante en su conducta adictiva y en su capacidad para manejar el estrés y las emociones negativas.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, Carlos podría tener creencias disfuncionales sobre sí mismo y sobre cómo manejar sus emociones. Estos pensamientos negativos y autodestructivos, como la desesperanza, inutilidad y la percepción de que las drogas son una forma necesaria de escape o manejo emocional, pueden estar contribuyendo a su comportamiento adictivo.

Carlos podría haber aprendido a asociar el consumo de sustancias con la reducción temporal de su malestar emocional a través del condicionamiento operante, reforzando así el comportamiento adictivo, haciendo que sea más difícil para él dejar de consumir drogas.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, la ausencia de apoyo emocional familiar podría haber impedido el desarrollo de estrategias efectivas para manejar el estrés y las emociones negativas, llevando a Carlos a recurrir a las drogas como una forma de afrontamiento.

Formulación de Objetivos Terapéuticos

Para guiar el proceso terapéutico y la recuperación de Carlos, un joven adulto con un historial de consumo problemático de sustancias psicotrópicas, se han establecido objetivos claros y medibles. Estos objetivos están diseñados para abordar los diversos aspectos de su adicción y facilitar su reintegración en la sociedad. La formulación de estos objetivos se basa en un enfoque cognitivo-conductual y en la evidencia recopilada durante el tratamiento en el CETAD.

Objetivo General

Lograr y mantener la abstinencia de sustancias psicotrópicas en Carlos, desarrollando habilidades de afrontamiento emocional y mejorando sus relaciones interpersonales y familiares para una reintegración exitosa en la sociedad.

Objetivo Específico

1. Lograr que Carlos deje de consumir cocaína, heroína, alcohol, marihuana y fármacos, manteniendo la abstinencia total a través de monitoreos regulares y estrategias de autocontrol.
2. Ayudar a Carlos a desarrollar técnicas efectivas para manejar el estrés y las emociones negativas, como la ansiedad y la depresión, reduciendo así la necesidad de recurrir a sustancias para lidiar con estos sentimientos.
3. Fortalecer las relaciones familiares y mejorar la comunicación y la resolución de conflictos, promoviendo un entorno de apoyo que facilite la recuperación de Carlos.
4. Equipar a Carlos con habilidades prácticas para enfrentar situaciones de riesgo y prevenir recaídas, aumentando su capacidad para manejar de manera efectiva los desafíos diarios.

5. Fomentar una autoimagen positiva y desarrollar una autoestima saludable en Carlos, ayudándolo a confiar más en sí mismo y a tomar decisiones beneficiosas para su bienestar.
6. Ayudar a Carlos a definir y trabajar hacia metas a largo plazo en áreas como la educación, el trabajo y el desarrollo personal, proporcionando estructura y un sentido de propósito en su vida.

Aplicación de Modelos Terapéuticos Contemporáneos

Enfoque Cognitivo-Conductual

El enfoque cognitivo-conductual (TCC) es un modelo terapéutico ampliamente utilizado y basado en evidencia empírica para el tratamiento de adicciones. Este enfoque se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento negativos que contribuyen al consumo de sustancias. La TCC es especialmente efectiva en el tratamiento de la adicción debido a su capacidad para abordar tanto los factores psicológicos subyacentes como las manifestaciones conductuales de la adicción (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993).

Justificación del Uso del Enfoque Cognitivo-Conductual para el Caso de Estudio

La elección del enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de Carlos se justifica por varias razones específicas derivadas de su situación y la efectividad demostrada de este enfoque en casos similares:

Evidencia Empírica: La TCC tiene una sólida base de evidencia que respalda su efectividad en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias. Estudios han demostrado que este enfoque puede reducir significativamente el consumo de drogas y mejorar la capacidad de los pacientes para evitar recaídas. Una revisión meta-analítica de tratamientos psicológicos mostró que la TCC es efectiva para una variedad de trastornos, incluyendo el abuso de sustancias (Cuijpers et al., 2010). Además, investigaciones recientes continúan validando la eficacia de la TCC en el tratamiento de adicciones (Carroll et al., 2014).

Manejo de Pensamientos Disfuncionales: Carlos ha desarrollado pensamientos negativos y disfuncionales debido a su historia de violencia intrafamiliar y falta de apoyo emocional. La TCC es eficaz para identificar y reestructurar estos pensamientos, promoviendo una

mentalidad más positiva y adaptativa. McHugh, Hearon y Otto (2010) destacan que la TCC ayuda a los pacientes a cambiar sus patrones de pensamiento disfuncionales, lo cual es crucial para personas con antecedentes de trauma y abuso.

Desarrollo de Habilidades de Afrontamiento: La historia de Carlos de utilizar sustancias como mecanismo para manejar el estrés y las emociones negativas se aborda eficazmente con la TCC. Este enfoque enseña habilidades prácticas para el manejo del estrés, la resolución de problemas y la regulación emocional, proporcionando alternativas saludables al consumo de sustancias (Beck et al., 1993). Los estudios han mostrado que estas habilidades son esenciales para mantener la abstinencia y mejorar el bienestar general (Dutra et al., 2008).

Prevención de Recaídas: La TCC incluye estrategias específicas para la prevención de recaídas, cruciales para mantener la abstinencia a largo plazo. Dado el patrón de consumo intensivo y las recaídas previas de Carlos, desarrollar un plan robusto de prevención de recaídas es fundamental para su recuperación. El trabajo de Carroll et al. (2014) ha demostrado la eficacia de la TCC en la reducción de recaídas y la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes con dependencia de sustancias.

Instrumentos de Recolección de Datos

Entrevistas Semiestructuradas: Se realizarán entrevistas semiestructuradas para explorar el historial de consumo de Carlos, su entorno familiar y relaciones interpersonales. Estas entrevistas permitirán obtener información detallada sobre sus experiencias y percepciones.

Evaluaciones Psicológicas Administradas

1. HTP (House-Tree-Person)

Objetivo de la prueba:

- Evaluar aspectos profundos de la personalidad de Carlos, incluyendo su percepción de sí mismo, sus relaciones interpersonales y su situación familiar.
- Identificar conflictos emocionales y psicológicos subyacentes.

Razón para aplicar la prueba:

- El HTP permite explorar aspectos inconscientes de la personalidad de Carlos que no se revelan fácilmente en entrevistas o cuestionarios estructurados (Buck, 1948).

Validez y confiabilidad:

- El HTP es una herramienta cualitativa diseñada para proporcionar una comprensión de los aspectos emocionales y de la personalidad del individuo a través de sus dibujos y la interpretación de estos. Aunque el test puede ofrecer una visión profunda, es importante reconocer sus limitaciones en términos de validez y confiabilidad.
- **Validez:** La validez del HTP se basa en su capacidad para revelar aspectos internos y emocionales del individuo que pueden no ser accesibles mediante métodos más directos (Buck, 1948). Sin embargo, su interpretación es subjetiva y depende en gran medida de la experiencia y el juicio clínico del evaluador (Handler & Thomas, 2014). Estudios han mostrado resultados mixtos respecto a su validez, lo que sugiere que, aunque puede ser útil, no debe utilizarse de manera aislada para diagnósticos definitivos (Groth-Marnat, 2009). Es crucial que el HTP se complemente con otras pruebas y evaluaciones para obtener una visión más completa y precisa del estado psicológico del individuo.
- **Confiabilidad:** La confiabilidad del HTP varía y puede depender del contexto de aplicación y de la interpretación del evaluador (Groth-Marnat, 2009). La consistencia de los resultados puede ser un desafío, ya que diferentes evaluadores pueden tener interpretaciones distintas de los mismos dibujos. Para mejorar la confiabilidad, es esencial que los evaluadores estén bien entrenados y sigan un marco estandarizado de interpretación (Buck, 1948). A pesar de estas limitaciones, el HTP puede ser una herramienta valiosa cuando se utiliza como parte de un conjunto más amplio de evaluaciones psicológicas (Handler & Thomas, 2014).

Sesiones de aplicación:

- Se aplicó en las primeras sesiones de evaluación para establecer una línea base.
- Puede repetirse periódicamente para monitorear cambios a lo largo del tratamiento.

Resultado de la prueba de Carlos: En el dibujo de la casa arrojó características como defensivas, ansiedad, necesidad de libertad, rigidez, necesidad de atención, anticipación al futuro. En el dibujo del árbol arrojó características como materialista, regresión, rumiación sobre el pasado, necesidad de seguridad, impulsividad, ansiedad, frustración, necesidad de

crecer, dar y hacer feliz a los demás. Finalmente, en el dibujo de la persona arrojó características como sentimiento de invalidez, inseguridad, impulsividad, fragilidad, agresión visual, verbal y física, preocupación, conflicto y desadaptación sexual, posible alucinación, anticipación al futuro, materialista.

2. Frases Incompletas

Objetivo de la Prueba:

- Explorar los pensamientos, sentimientos y actitudes subyacentes de Carlos.
- Identificar patrones de pensamiento, creencias y conflictos internos que puedan influir en su comportamiento y bienestar emocional.

Razón para Aplicar la Prueba:

Permite obtener respuestas espontáneas y no estructuradas que pueden revelar aspectos inconscientes y actitudes del paciente hacia sí mismo y su entorno. Estas respuestas proyectivas son esenciales para una comprensión profunda de los factores psicológicos subyacentes.

Validez y Confiabilidad:

Validez Proyectiva: El Test de Frases Incompletas de Sacks y Levy es una herramienta eficaz para identificar pensamientos, emociones y actitudes subyacentes debido a su capacidad para provocar respuestas que reflejan el mundo interno del individuo. Estudios han encontrado que un alto porcentaje de las declaraciones obtenidas con este test coincide estrechamente con los hallazgos clínicos, demostrando su validez en contextos terapéuticos (Holaday, Smith y Sherry, 2000).

Confiabilidad Interjueces: La confiabilidad entre evaluadores varía de moderada a alta, con coeficientes que oscilan entre 0.48 y 0.57. La consistencia en la interpretación de las respuestas depende en gran medida de la formación y experiencia del evaluador, destacando la importancia de la capacitación adecuada para mejorar la consistencia y la precisión en las interpretaciones (Holaday, Smith y Sherry, 2000).

Sesiones de Aplicación:

Inicial: Se aplicó durante las primeras sesiones para obtener una visión general de los pensamientos y sentimientos de Carlos

Seguimiento: Puede repetirse en etapas clave del tratamiento para evaluar cambios en las actitudes y percepciones, lo que permite ajustar las intervenciones terapéuticas según la evolución del paciente.

Resultado de la prueba de Carlos: Arrojó datos como deseo de formar su propia familia y hacerlo bien, apego con la madre, culpa por causar malestar en la madre, duelo no elaborado de padre, característica de ser positivo, deseo de superación, búsqueda de ser responsable, no visualiza errores, problemas, ni miedos.

3. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Objetivo de la prueba:

- Medir la gravedad de los síntomas depresivos de Carlos.
- Evaluar la presencia de síntomas específicos de depresión.

Razón para aplicar la prueba:

- Es de gran utilidad, ya que proporciona una medida cuantitativa de la severidad de la depresión.
- Es una herramienta estandarizada y validada que ayuda a monitorear el progreso del tratamiento y ajustar las intervenciones según sea necesario.

Validez y confiabilidad:

- El Inventario de Depresión de Beck (BDI) ha demostrado altos coeficientes alfa de Cronbach, generalmente entre 0.86 y 0.93, lo que indica una excelente consistencia interna (Beck, Steer, & Garbin, 1988). Además, ha mostrado correlaciones significativas con otras medidas de depresión, como el Inventario de Depresión de Hamilton ($r=0.71$) y la Escala de Depresión de Zung ($r=0.69$), evidenciando que mide efectivamente el constructo de depresión (Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998).

Sesiones de aplicación:

- Se aplicó en la primera sesión para establecer una línea base.
- Se puede repetir periódicamente (mensualmente o cada tres meses) para monitorear el progreso y la respuesta al tratamiento.

Resultado de la prueba de Carlos: 3 puntos, lo cual indican que estos intervalos son considerados. Es decir, hay una ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos.

Comportamiento durante las sesiones: Sensible al hablar de su padre, pareja y hermano. Lloro y presenta ansiedad al recordar la violencia ejercida por el abuelo, padre y tío paterno.

Diagnóstico

Se ha utilizado el Sistema Multiaxial de Diagnóstico de Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association, DSM-V.

- **Eje I.** 309.89 (F43.8) Otro Trastorno Especificado Relacionado con Trauma y Factores de Estrés.
- **Eje II.** F19.0 (Actual) Trastornos mentales y del comportamiento agudos debidos al uso de múltiples drogas y otras sustancias psicoactivas.

Se pueden considerar los siguientes criterios:

- **Consumo de Múltiples Sustancias:** Carlos consume múltiples drogas, incluyendo cocaína, heroína, fármacos, alcohol, marihuana y crepey.
- **Dependencia:** Ha desarrollado dependencia al consumo diario de heroína, una indicación clara de trastorno por uso de sustancias.
- **Inicio Temprano del Consumo:** Comenzó a consumir alcohol a los 12 años y heroína a los 13 años, lo que sugiere un patrón de abuso a largo plazo.
- **Patrón de Consumo Intensivo:** El uso diario de una funda de heroína y el consumo frecuente de otras sustancias durante el trabajo y en fiestas indican un patrón de abuso grave.
- **Impacto Negativo en la Vida Diaria:** Su consumo de drogas ha generado problemas significativos en su relación de pareja y ha llevado a actividades ilícitas como robo y venta de drogas.

- **Internaciones Recurrentes:** Ha requerido internamiento en centros de tratamiento en varias ocasiones, lo que refleja la gravedad de su dependencia y los problemas asociados.
- **Dificultades Emocionales y Psicológicas:** Presenta resentimiento, culpa, tristeza y ansiedad, emociones intensificadas por su consumo de sustancias y la violencia intrafamiliar.
- **Problemas Familiares:** Su historial de violencia intrafamiliar y las relaciones tensas con su padre, abuelo y tío paterno contribuyen a su estado mental y comportamental alterado.
- **Actividades Ilícitas Relacionadas con el Consumo:** Ha participado en actividades ilícitas para adquirir drogas, mostrando cómo su comportamiento ha sido influenciado negativamente por el uso de sustancias.
- **Falta de Resolución de Duelo:** No ha logrado resolver el duelo por la muerte de su padre y abuela, lo cual puede exacerbar su necesidad de recurrir a las drogas como mecanismo de afrontamiento.

Programa terapéutico del CETAD

El Centro de Rehabilitación Especialistas en adicciones (por razones de confidencialidad se mantiene en anonimato el nombre del CETAD) surge, buscando aportar solución a esta problemática de la adicción a través de un proceso terapéutico integral hospitalario en el que se logre explicar, predecir y modificar el comportamiento individual y familiar obteniendo un estilo de vida saludable sin sustancias psicotrópicas basados en el enfoque cognitivo conductual y sistémico familiar, con tratamiento médico, psiquiátrico, psicológico, nutricional, social, ocupacional, espiritual, deporte y fisioterapia y el programa de N.A. y A.A.

Dentro de este proceso, se llevan a cabo terapias individuales, grupales, de pareja y familiares con el objetivo de identificar los riesgos de consumo y fomentar relaciones saludables. Se proporcionan herramientas y estrategias para la prevención de recaídas. El tratamiento tiene una duración de un año, donde los primeros seis meses se realiza en modalidad de internamiento y los meses restantes en modalidad de seguimiento. Durante este tiempo, se abordan las áreas más afectadas del individuo, que suelen ser el punto de partida para un consumo progresivo. Este enfoque permite visualizar y mitigar el impacto del consumo en los ámbitos social, laboral, familiar y personal.

Descripción del enfoque terapéutico y su aplicabilidad en el tratamiento de adicciones en el CETAD

El centro de rehabilitación brinda un tratamiento integral pluridisciplinario, con duración de un año, donde los primeros seis meses el usuario permanece interno con asistencia médica, psiquiátrica, nutricional, ocupacional, deporte y fisioterapia, trabajo social y psicológico con acompañamiento individual y grupal, familiar y multifamiliar además terapias de apoyo vivencial y espiritual, posterior a ello el usuario pasa a la fase de seguimiento debiendo asistir una o dos veces al CETAD para evaluación y guía de los profesionales del centro, además presentarse a las celebraciones de aniversarios de sus compañeros.

Este tratamiento es acogido y fundamentado en el enfoque cognitivo conductual ya que permite explorar la diferencia entre lo que se desea hacer y lo que se hace en realidad, intentando esclarecer el pensamiento individual para reducir emociones y conductas desacertadas. Se trata de un tipo de terapia conversacional que tiene como objetivo lograr que las personas analicen sus pensamientos, sentimientos y conductas, enseñarles cómo reemplazar pensamientos negativos por pensamientos más realistas y positivos, ayudarlos a cambiar conductas que les ocasionan problemas en la vida diaria.

El tratamiento cognitivo-conductual consiste en reunir a las personas con un terapeuta, que puede ser un psicólogo, psiquiatra o trabajador social. Las sesiones pueden ser individuales, en grupo o con miembros de la familia. Este enfoque es bien recibido debido a la abundante evidencia de personas que se han recuperado del consumo problemático de drogas (Beck, 2011). Las técnicas utilizadas incluyen:

- **Modelado:** El terapeuta demuestra el comportamiento deseado, como enfrentar un lugar de riesgo (Bandura, 1977).
- **Reestructuración cognitiva:** Los pacientes aprenden a reconocer y reemplazar pensamientos negativos. Por ejemplo, cambiar “puedo controlar el consumo de marihuana porque no era mi preferida” por “puedo controlar mi vida sin consumir drogas” (Beck, 2011).
- **Otras técnicas:** Incluyen afrontamiento del estrés/inoculación de estrés, relajación y respiración, autocontrol, modificación de conductas, resolución de problemas,

entrenamiento en auto instrucciones y desensibilización sistemática (Meichenbaum, 2007).

Componentes Clínicos de la Terapia Cognitivo-Conductual

- **Entrevista motivacional:** Se prepara al usuario para motivarse a abandonar las drogas. Los adictos a menudo se encuentran en estados de pre-contemplación y contemplación antes de decidirse a iniciar un programa terapéutico riguroso. Es esencial fomentar una base sólida de motivación para llegar al estadio de acción, donde se pueden aplicar numerosos cambios mediante procedimientos terapéuticos (Miller & Rollnick, 2002). El terapeuta estimula y guía al paciente hacia una reevaluación interna de su situación, considerando todos los pros y contras. Se crea una atmósfera en la cual el paciente se motiva a sí mismo, siendo más consciente de su comportamiento y de las serias consecuencias de este (Miller & Rollnick, 2002).
- **Programas de prevención de recaídas y habilidades de afrontamiento:** Según, (Marlatt & Gordon, 1985), un “programa de autocontrol” está diseñado para ayudar a los individuos a anticipar y manejar los problemas de recaída en el cambio de conductas adictivas basado en la teoría del aprendizaje social, combina procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, terapia cognitiva y reequilibrio del estilo de vida. Estos programas pueden ser usados como estrategia de mantenimiento para prevenir recaídas o para cambiar el estilo de vida de manera más general. El objetivo es prevenir o intervenir en el proceso de recaída después del inicio del cambio conductual, aumentando así el mantenimiento del cambio (Marlatt & Gordon, 1985).
- **Atribuciones causales:** Se refieren a las explicaciones que las personas dan a los eventos que les ocurren. Cuando sucede algo (como una enfermedad, despido o consumo de drogas), la persona se pregunta por qué ocurrió. Las respuestas a estas preguntas, conocidas como atribuciones causales, son percepciones subjetivas que influyen en las reacciones emocionales, expectativas futuras y comportamientos de la persona (Weiner, 1986). La importancia de las atribuciones en el enfoque cognitivo radica en que condicionan cómo la persona siente, anticipa y actúa frente a un suceso (Weiner, 1986).
- **Autoeficacia:** Esta expectativa refleja la creencia del adicto en su capacidad para resistir el deseo de consumir drogas, lo cual es crucial en la fase de deshabitación.

Estudios han demostrado que la confianza en la capacidad de resistir influye en el resultado del tratamiento (Bandura, 1997). La autoeficacia condiciona la conducta y el esfuerzo, y por consiguiente, el resultado del tratamiento (Bandura, 1997).

- **Expectativas de resultado:** Se refieren al proceso mental en el que la persona anticipa las consecuencias de sus acciones. Desde el enfoque cognitivo-conductual, se asume que estas expectativas condicionan cómo la persona actúa y el rendimiento que manifiesta (Bandura, 1986).

Además, el tratamiento también se acompaña con los programas Alcohólicos Anónimos (A.A) y Narcóticos Anónimos (N.A) pues brindan al usuario un espacio de apoyo y ayuda mutua a través de identificación y con el fin permanecer “limpios”.

Ante las necesidades específicas de cada adicción, se fueron configurando nuevas comunidades también basadas en los doce pasos y que adoptaron el adjetivo “Anónimos”, entre ellas encontramos: Narcóticos Anónimos, Cocaína Anónimos, 11 Marihuana Anónimos, Jugadores Anónimos, etc. En todas ellas, se aboga por una abstinencia absoluta y el programa presenta unas características muy similares a las de Alcohólicos Anónimos (Laudet, 2008). Las comunidades basadas en los doce pasos proveen de “apoyo mutuo y auto-ayuda mediante reuniones grupales auto-gobernados por personas que tienen una preocupación de salud común y se proveen de ayuda y apoyo emocional” (Borkman, 2008).

Este tratamiento se ha seleccionado puesto que es un refugio para la persona con consumo de drogas, donde a través de la identificación aprenden los unos de los otros, los monitores vivenciales serán los encargados de dirigir esta terapia de apoyo, con la debida planificación de su terapia que será entregada al responsable técnico. A continuación, se describen los 12 pasos de Narcóticos Anónimos, que están siendo aplicados en el CETAD del caso de Carlos:

1. Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo.
9. Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellas o a otras.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos rápidamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.

En un Centro de Tratamiento de Adicciones (CETAD), los Doce Pasos son especialmente útiles porque proporcionan una estructura clara y comprobada para la recuperación, fomentan el autoexamen y la responsabilidad personal, promueven el desarrollo de una red de apoyo comunitaria, ayudan a los individuos a reconocer y reparar el daño causado por su adicción y ofrecen un enfoque espiritual que puede complementar otras formas de tratamiento (Narcóticos Anónimos, 1982).

Descripción de las fases de tratamiento del CETAD

Fase de Evaluación y Diagnóstico (Primera a Tercera Semana): En el caso de Carlos, durante las primeras tres semanas en el CETAD, se centró en monitorear su estado clínico. Esta fase incluyó la gestión de la intoxicación por cocaína y heroína, el manejo del síndrome de abstinencia, y la reducción de la morbilidad y las secuelas derivadas del consumo de sustancias. Se realizaron evaluaciones médicas y psiquiátricas, la elaboración de historias clínicas y la preparación de informes. Además, se solicitaron exámenes complementarios y se aplicaron pruebas psicológicas como HTP, frases incompletas e Inventario de Depresión de Beck, lo que permitió identificar aspectos como la defensividad,

ansiedad, necesidad de libertad, rigidez, y problemas relacionados con el duelo no resuelto por la muerte de su padre y abuela.

Fase de Adaptación y Motivación (Cuarta a Séptima Semana): En esta etapa, el objetivo principal fue ayudar a Carlos a deshacerse de la droga, aceptar y adaptarse al tratamiento, y motivarlo para su recuperación. Carlos enfrentó resistencias iniciales, pero gradualmente se le explicaron las normas del internamiento y del seguimiento, así como el proceso de tratamiento. Se realizaron entrevistas, terapia psicológica, vivencial, terapia grupal e individual, y entrevistas familiares. Estas actividades le ayudaron a empezar a reconocer sus emociones reprimidas y a establecer una base para su rehabilitación.

Fase de Rehabilitación (Octava a Vigésima Semana): Durante esta fase, se trabajó en fomentar la motivación y adhesión al tratamiento de Carlos, desarrollar su inteligencia emocional, mejorar su autoestima, evaluar situaciones de riesgo y mejorar su estado de salud físico, psicológico y espiritual. Las actividades incluyeron terapia psicológica individual y grupal, terapia familiar, tratamiento psiquiátrico, terapia ocupacional, y deporte y gimnasio. Esta etapa fue crucial para que Carlos pudiera desarrollar habilidades para la toma de decisiones responsables y reducir comportamientos impulsivos, marcando un avance significativo en su proceso de recuperación.

Fase de Integración Social (Quinto y Sexto Mes): La fase de integración social se enfocó en mejorar los problemas familiares identificados, mejorar la relación intrapersonal e interpersonal de Carlos, enseñar habilidades para manejar estados de ánimo, y desarrollar su inteligencia emocional. También se trabajó en mejorar su capacidad de toma de decisiones y deseos de superación, así como en la elaboración de un proyecto de vida. Las actividades incluyeron confrontación, terapia familiar, visitas familiares, monitoreo del vínculo familiar y social, y participación en eventos sociales con acompañamiento. Estas actividades fueron fundamentales para que Carlos pudiera reintegrarse mejor a su entorno social y familiar.

Fase de Seguimiento (Un Año): Finalmente, la fase de seguimiento, que se extiende a lo largo de un año, está diseñada para brindar apoyo continuo a Carlos. Las actividades incluyen realizar llamadas a Carlos y sus familiares, registrar su progreso, y convocarlo a citas programadas o terapias vivenciales. Esta fase es esencial para asegurar que Carlos mantenga los avances logrados durante el internamiento y continúe su recuperación de manera sostenible.

El plan psicoterapéutico de prevención de recaídas

Durante mi experiencia en las prácticas preprofesionales de la maestría, he atendido casos de personas recaídas o que se encontraban en seguimiento de caso, es decir, aquellos pacientes que ya habían cumplido los seis meses mínimos requeridos. Entre estos pacientes, se encontraba Carlos, cuyo caso de seguimiento, he seleccionado para mi trabajo de titulación. Carlos se quedó algunas semanas adicionales en el CETAD por decisión de sus familiares, quienes financiaban su tratamiento. Esto le permitió cumplir con todas las fases requeridas dentro del tratamiento del CETAD. Sin embargo, a Carlos aún se le percibía ciertos sentimientos, tristeza, quemeimportismo, culpabilidad por no haberse disculpado con su papá antes de que fallezca.

A raíz de eso, con Carlos, comencé a trabajar un plan de intervenciones con 10 sesiones basadas en el enfoque cognitivo-conductual para la prevención de recaídas al salir del internamiento y tenga que acudir a las sesiones de seguimiento de su caso. El plan terapéutico de prevención de recaídas para el caso de Carlos se pretendió realizarlo mediante 10 sesiones, cada una con una duración de 45 minutos durante el periodo de seguimiento, utilizando principalmente un enfoque cognitivo-conductual (TCC). Este modelo es particularmente efectivo en casos como el de Carlos debido a su capacidad para abordar tanto los pensamientos disfuncionales como los comportamientos problemáticos asociados con el consumo de drogas. El TCC se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento negativos y creencias irracionales que contribuyen a la dependencia, al mismo tiempo que enseña habilidades prácticas para manejar el estrés, mejorar las relaciones interpersonales y prevenir recaídas (Beck, 2011).

Al estructurar las sesiones de manera sistemática, se puede proporcionar a Carlos un marco claro y eficaz para lograr y mantener la abstinencia, mejorar su bienestar emocional y reconstruir su vida de manera saludable. No obstante, este plan terapéutico también está diseñado para abordar el caso de Carlos desde un enfoque integral y estructurado para los múltiples aspectos del problema de consumo de Carlos y ayudarlo a alcanzar sus objetivos de recuperación y bienestar.

Por otra parte, si bien un plan de 10 sesiones puede ser un buen punto de partida, la necesidad de más sesiones debe ser considerada en función de la evolución y las necesidades de Carlos. La evaluación continua y la adaptación del plan terapéutico a lo largo del tiempo son esenciales para asegurar que Carlos reciba el apoyo completo necesario para lograr y

mantener la abstinencia, mejorar su bienestar emocional y reconstruir su vida de manera saludable.

Objetivos generales del plan terapéutico

- Lograr y mantener la abstinencia de sustancias psicoactivas.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento emocional y manejo del estrés.
- Reconstruir y mejorar las relaciones interpersonales y familiares.

A continuación, se detalla cada una de las sesiones del mencionado plan terapéutico:

Esquema del proceso terapéutico para prevención de recaídas

Sesión	Participantes	Duración	Objetivos	Técnicas	Precursor de la Técnica y Sustento Teórico	Resultados Esperados
1	Terapeuta y Carlos	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener una comprensión completa del historial del paciente. - Definir metas claras y específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista inicial: Realizar una entrevista semiestructurada para explorar el historial de consumo de Carlos, su entorno familiar y relaciones interpersonales. - Establecimiento de metas: Colaborar con Carlos para establecer metas específicas, alcanzables y medibles relacionadas con la abstinencia de drogas, la mejora de relaciones familiares y el manejo del duelo. 	Beck (1976): La evaluación inicial y el establecimiento de metas claras son fundamentales en TCC para proporcionar una dirección clara y evaluar el progreso a lo largo del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión detallada del historial de consumo y contexto familiar. - Metas específicas y claras establecidas para guiar el tratamiento.
2	Terapeuta y Carlos	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Proveer información sobre el impacto de las drogas en el cerebro y el cuerpo. - Enseñar sobre el ciclo de la adicción y los factores de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación sobre el impacto de las drogas: Explicar cómo la cocaína y la heroína afectan la química cerebral y el comportamiento. - Ciclo de la adicción: Describir el ciclo de la 	Marlatt & Gordon (1985): La psicoeducación es una intervención clave en TCC, ya que aumenta la comprensión del paciente sobre su trastorno, facilitando una mayor colaboración y motivación para el cambio.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la comprensión sobre el impacto de las drogas. - Mayor conciencia de los factores de riesgo y protección.

				<p>dependencia física y psicológica.</p> <p>- Factores de riesgo y protección: Identificar situaciones y emociones que pueden aumentar el riesgo de consumo.</p>		
3	Terapeuta y Carlos	45 minutos	<p>- Identificar pensamientos y creencias disfuncionales.</p> <p>- Desarrollar habilidades de afrontamiento saludables.</p>	<p>- Diarios de pensamiento: Introducir el uso de diarios para registrar situaciones estresantes y los pensamientos automáticos asociados.</p> <p>- Análisis de pensamientos: Ayudar a Carlos a identificar patrones de pensamiento disfuncionales y reemplazarlos con alternativas más saludables.</p>	Beck (1976): El modelo cognitivo postula que los pensamientos disfuncionales influyen en las emociones y conductas, y su modificación puede llevar a cambios significativos en el comportamiento.	<p>- Identificación de patrones de pensamiento disfuncionales.</p> <p>- Desarrollo de habilidades de afrontamiento más saludables.</p>
4	Terapeuta y Carlos	45 minutos	<p>- Modificar pensamientos y creencias disfuncionales.</p>	<p>- Diálogo socrático: Utilizar preguntas para desafiar y cambiar pensamientos negativos automáticos.</p> <p>- Reestructuración cognitiva: Trabajar con Carlos para reestructurar pensamientos disfuncionales relacionados con su</p>	Beck (1976): La reestructuración cognitiva es una técnica central en TCC, que ayuda a los pacientes a desafiar y modificar pensamientos irracionales y disfuncionales.	<p>- Modificación de pensamientos negativos automáticos.</p> <p>- Reestructuración de creencias disfuncionales.</p>

				autoestima y el consumo de drogas.		
5	Terapeuta y Carlos	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar patrones de conducta asociados al consumo de drogas. - Reforzar conductas saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia de exposición: Exposición gradual a desencadenantes del consumo en un entorno controlado. - Programación de actividades agradables: Planificar actividades que proporcionen placer y satisfacción sin el uso de sustancias. 	Marlatt & Gordon (1985): Las intervenciones conductuales ayudan a romper el ciclo de adicción al cambiar patrones de comportamiento desadaptativos por comportamientos saludables.	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de conductas asociadas al consumo de drogas. - Aumento de conductas saludables y gratificantes.
6	Terapeuta y Carlos	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el proceso de duelo por la pérdida del padre y la abuela. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión de emociones: Crear un espacio seguro para que Carlos exprese sus sentimientos de tristeza y enojo. - Técnica de la silla vacía: Utilizar la técnica de la silla vacía para facilitar la expresión de emociones no resueltas. 	Perls (1969): La técnica de la silla vacía, originada en la Terapia Gestalt, se integra en TCC como una herramienta efectiva para permitir la expresión y resolución de emociones no resueltas.	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión y procesamiento de emociones relacionadas con el duelo. - Avance hacia la aceptación de la pérdida.
7	Terapeuta y Carlos	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar las habilidades de manejo del estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relajación: Enseñar técnicas como la respiración profunda y la relajación muscular progresiva. 	Lazarus & Folkman (1984): Las técnicas de manejo del estrés son fundamentales en TCC para reducir la ansiedad y mejorar el bienestar general.	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora en las habilidades de manejo del estrés. - Reducción de niveles de estrés diario.

				- Manejo del tiempo: Planificar estrategias para manejar el tiempo y reducir el estrés diario.		
8	Terapeuta y Carlos	45 minutos	- Fortalecer las relaciones interpersonales y familiares.	- Entrenamiento en habilidades sociales: Desarrollar habilidades para mejorar la comunicación y resolver conflictos. - Terapia familiar: Involucrar a la familia en el proceso terapéutico para mejorar la dinámica familiar.	Minuchin (1974): La terapia familiar y el entrenamiento en habilidades sociales son esenciales para mejorar la comunicación y la resolución de conflictos en TCC.	- Mejora en las habilidades de comunicación y resolución de conflictos. - Dinámica familiar más saludable.
9	Terapeuta y Carlos	45 minutos	- Desarrollar un plan de prevención de recaídas.	- Identificación de desencadenantes: Ayudar a Carlos a identificar posibles desencadenantes de recaídas. - Estrategias de afrontamiento: Desarrollar estrategias para manejar situaciones de riesgo y prevenir recaídas.	Marlatt & Donovan (2005): Las estrategias de prevención de recaídas son críticas en TCC para mantener la abstinencia y manejar situaciones de riesgo.	Identificación clara de desencadenantes de recaídas. - Desarrollo de un plan efectivo de prevención de recaídas.
10 Posible sesión	Terapeuta y Carlos	45 minutos	Revisión y consolidación de aprendizajes	- Revisión de progresos - Consolidación de estrategias aprendidas		Evaluar el progreso de Carlos, consolidar aprendizajes y establecer un plan a largo plazo para mantener la recuperación

Construcción de evidencias en terapia

Del mencionado esquema de proceso terapéutico para la prevención de recaídas, se llegó a trabajar hasta la cuarta sesión; no se pudo continuar con las siguientes sesiones, debido a que Carlos fue dado de alta del CETAD, días antes de que tuviéramos la quinta sesión. A pesar de esto, se pudo cumplir con el proceso inicial del tratamiento. En el seguimiento de su caso, se hubiera continuado trabajando en intervenciones específicas para consolidar sus logros y prevenir recaídas.

A continuación, se detallan los resultados cualitativos obtenidos hasta el momento:

- **Avance emocional y psicológico**

Los resultados obtenidos por Carlos durante los seis meses mínimos de internamiento fueron significativos. Carlos ha progresado en el reconocimiento y manejo de sus emociones. Inicialmente, presentó síntomas de culpa, tristeza profunda y frustración, especialmente relacionados con la muerte de su padre y los conflictos familiares. Sin embargo, a lo largo del tratamiento, ha aprendido a identificar y expresar sus sentimientos de manera más saludable. La aplicación de pruebas psicológicas, como el HTP, las frases incompletas y el Inventario de Depresión de Beck, reveló una disminución en los niveles de ansiedad y depresión, y un aumento en su capacidad para anticipar el futuro de manera positiva.

- **Avance en comportamiento y conductas**

Desde el inicio del tratamiento, Carlos ha mostrado una reducción en comportamientos impulsivos y conductas inapropiadas. Ha dejado de cometer actividades ilícitas y ha comenzado a desarrollar habilidades para la toma de decisiones responsables. Su compromiso con el tratamiento y su participación en las diversas terapias han sido esenciales para este cambio. La narrativa de Carlos, que ha incluido la aceptación de sus errores y el deseo de superación, ha sido una herramienta poderosa para abordar su caso de manera efectiva.

- **Importancia de la narrativa**

La narrativa de Carlos ha sido fundamental para abordar su caso de manera efectiva. Su disposición a compartir su historia y a reflexionar sobre sus experiencias ha permitido una comprensión más profunda de sus necesidades y desafíos. Esta narrativa ha facilitado la identificación de patrones de comportamiento y emociones subyacentes, lo que ha sido

crucial para diseñar un plan de tratamiento personalizado y efectivo. Además, su capacidad para reconocer sus errores y su deseo de cambio han sido motores importantes en su proceso de recuperación.

Evidencia Clínica de las Intervenciones

- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La TCC ha sido una de las principales técnicas empleadas en el tratamiento de Carlos. Esta terapia se centra en identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento negativos. La evidencia clínica muestra que Carlos ha mejorado significativamente en la identificación y manejo de sus emociones, así como en la adopción de comportamientos más funcionales y responsables.

- Terapia Ocupacional y Actividades Recreativas

La inclusión de terapia ocupacional y actividades recreativas, como el deporte y el gimnasio, ha contribuido al bienestar físico y psicológico de Carlos. La evidencia clínica muestra una mejora en su estado físico y una mayor motivación para participar en actividades saludables. Estas intervenciones han sido esenciales para fomentar un estilo de vida equilibrado y reducir la dependencia de sustancias.

- Evaluaciones Psicológicas

Las evaluaciones psicológicas periódicas, mediante el uso de herramientas como el HTP y las frases incompletas, han brindado información crucial sobre el estado emocional y mental de Carlos. Estos resultados han facilitado la adaptación del plan de tratamiento de forma efectiva, permitiendo abordar necesidades específicas.

Limitaciones metodológicas del Estudio de Caso

Cuando ingresé al caso, ya estaba en una etapa avanzada, y no tuve acceso completo a la historia previa de Carlos, especialmente en lo relacionado con relaciones familiares y con su pareja. Esta falta de información completa limitó mi capacidad para entender totalmente las dinámicas familiares y de pareja que influían en el comportamiento de Carlos, afectando la precisión del diagnóstico y del tratamiento.

Una de las principales limitaciones fue que debido a la rotación frecuente del personal en el CETAD afectó seriamente la continuidad del proceso terapéutico de Carlos. Esto resultó en una pérdida de información y de seguimiento adecuado del caso, dificultando un

tratamiento integral y coherente. Esta fragmentación del tratamiento, debido a la intervención de varios psicólogos, impidió un abordaje consistente de los problemas de Carlos.

Carlos refería que había sido atendido por varios psicólogos antes de mi intervención, lo que generó en él una especie de fatiga respecto a abordar repetidamente los mismos temas familiares y de pareja. Esta situación provocó que Carlos estuviera menos dispuesto a profundizar en estos aspectos durante nuestras sesiones, limitando así el alcance del tratamiento y la posibilidad de trabajar de manera eficaz en la raíz de sus problemas emocionales y de adicción.

Debido a la etapa avanzada del tratamiento, el enfoque principal de mi abordaje fue la prevención de recaídas, sin la posibilidad de reformular objetivos o comenzar un tratamiento desde el inicio. Esta incapacidad de abordar el tratamiento desde el principio limitó la profundidad y la efectividad del proceso terapéutico, centrándose únicamente en la fase final y dejando de lado aspectos cruciales del desarrollo y mantenimiento de la adicción de Carlos.

Pronóstico

El pronóstico de Carlos es alentador, basado en los significativos avances que ha logrado durante su tratamiento en el CETAD. Sin embargo, para asegurar una recuperación sostenible y a largo plazo, es crucial que continúe con sesiones regulares de terapia individual y grupal, enfocándose en la prevención de recaídas y el manejo del estrés.

Es fundamental fortalecer su red de apoyo social y familiar, involucrando a sus seres queridos en el proceso terapéutico para mejorar la dinámica familiar y proporcionar un sistema de apoyo robusto. Establecer y perseguir metas a largo plazo, como continuar su educación y participar en actividades comunitarias, puede aumentar su motivación y proporcionar estructura a su vida.

Evaluaciones regulares y la adaptación continua del plan terapéutico son esenciales para monitorear su progreso y abordar nuevas necesidades. Además, el desarrollo de un plan sólido de prevención de recaídas y la práctica de técnicas de manejo del estrés y relajación pueden ayudar a Carlos a manejar mejor las situaciones estresantes y reducir el riesgo de recurrir a sustancias.

Finalmente, fomentar su autoconocimiento y desarrollo personal, animando a explorar sus intereses y pasiones, puede contribuir significativamente a su bienestar general y ayudarlo a encontrar satisfacción y sentido en actividades saludables. Con estas estrategias, Carlos

tiene una fuerte posibilidad de mantener su recuperación y mejorar su calidad de vida a largo plazo.

Conclusiones

El estudio de caso de Carlos revela la significativa influencia de la falta de apoyo emocional familiar en el desarrollo del consumo problemático de sustancias psicotrópicas. Aunque los resultados son prometedores, es importante reconocer las limitaciones inherentes a un estudio de caso único. Futuros estudios deberían incluir muestras más amplias para validar estos hallazgos.

Las intervenciones psicoterapéuticas, particularmente aquellas basadas en el enfoque cognitivo-conductual, demostraron ser efectivas en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, así como en el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones responsables. Es crucial detallar las estrategias específicas utilizadas y su impacto a lo largo del tratamiento.

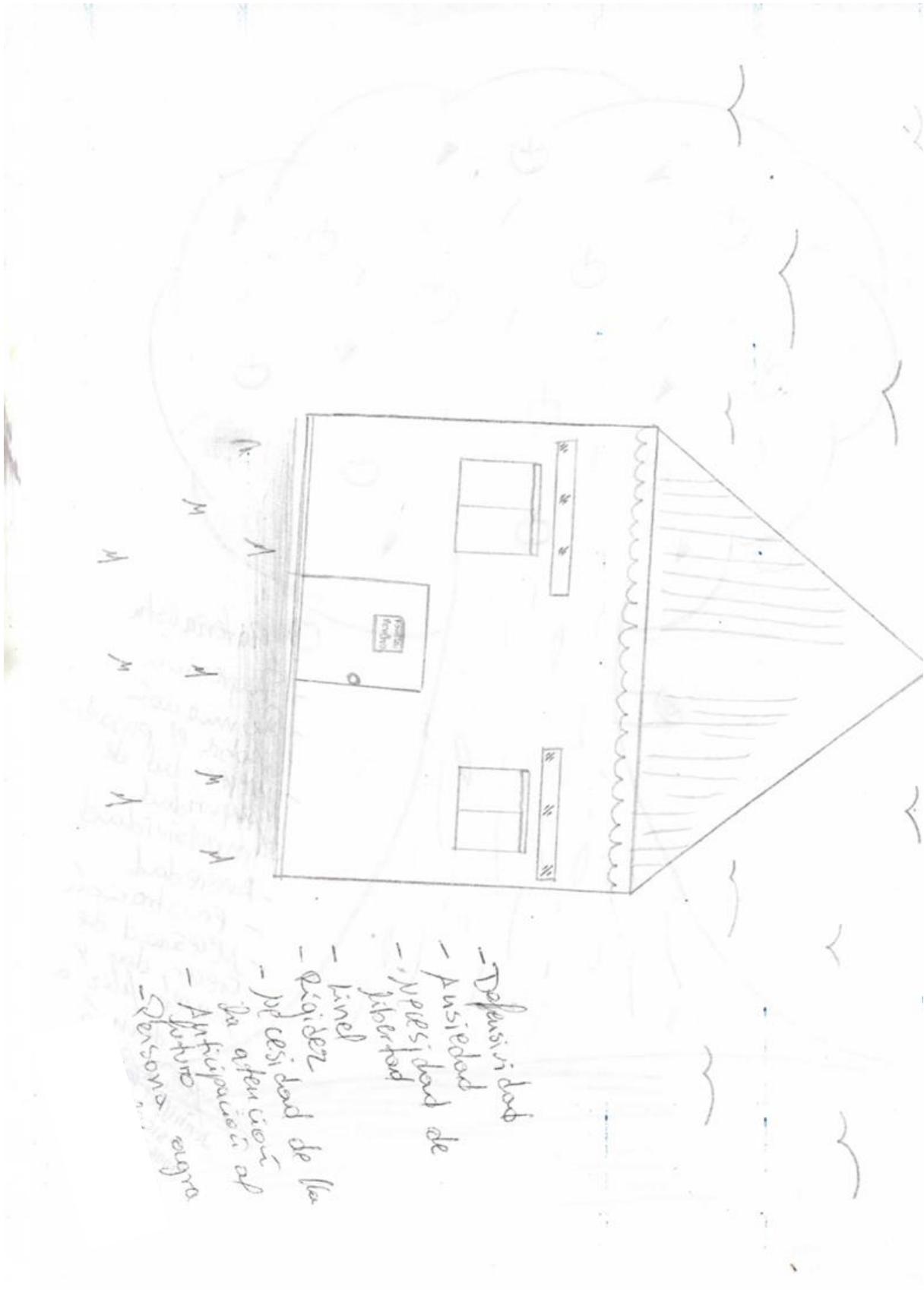
Además, se recomienda un seguimiento a largo plazo para evaluar la sostenibilidad de los resultados y prevenir recaídas, sugiriendo estudios longitudinales que aborden estos aspectos. Las condiciones socioeconómicas y culturales específicas de Guayaquil deben considerarse al diseñar y aplicar intervenciones, para asegurar su relevancia y efectividad.

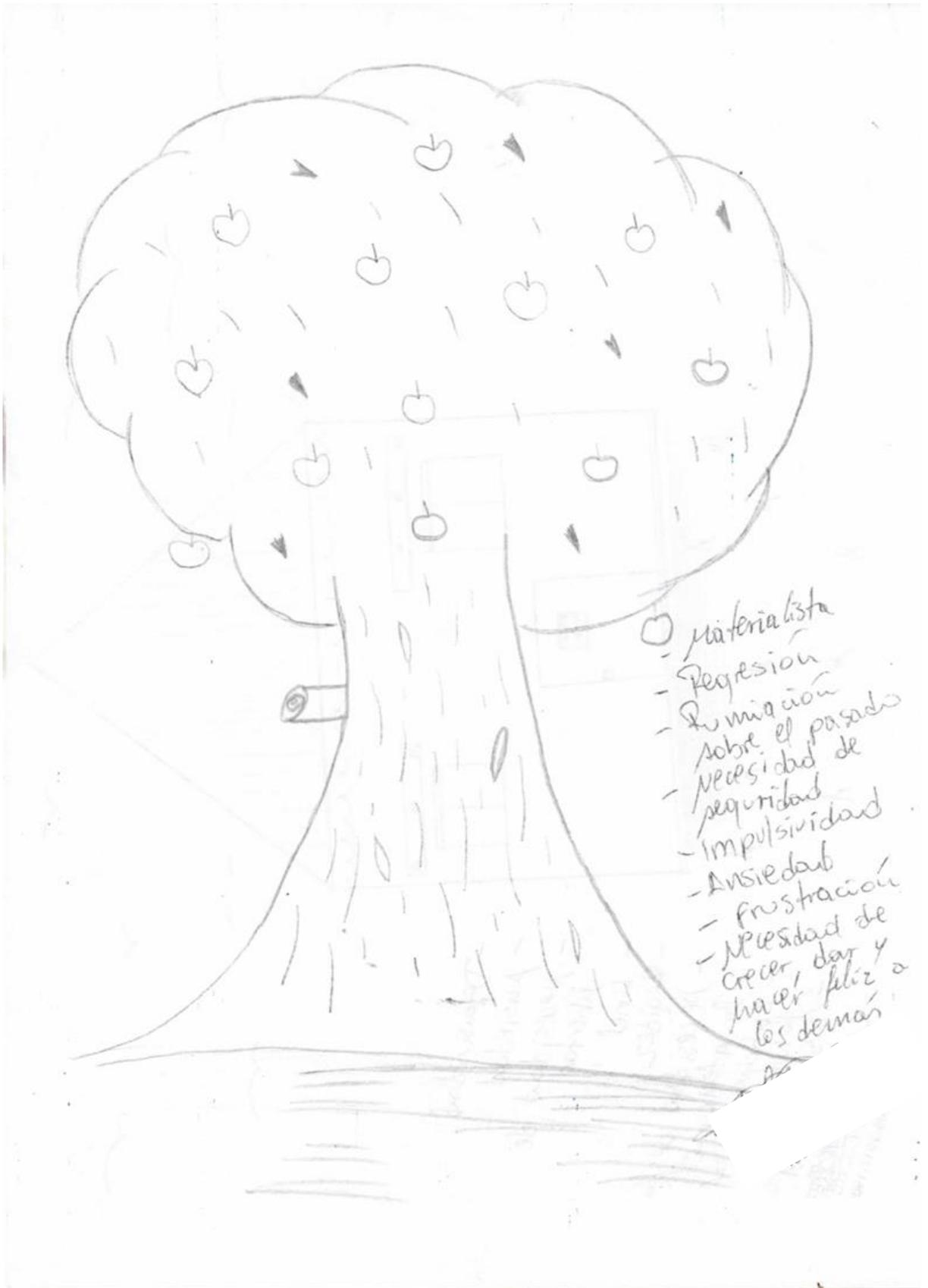
No obstante, las limitaciones del presente estudio de caso evidencian la complejidad de tratar casos de adicción en entornos donde la continuidad y consistencia del personal no están garantizadas o rotan mucho, y resaltan la importancia de un enfoque integrado y completo para el tratamiento efectivo de adicciones.

Finalmente, la narrativa personal de Carlos fue esencial en su proceso de recuperación. Analizar cómo las experiencias subjetivas del paciente influyeron en los resultados terapéuticos puede ofrecer valiosas lecciones para mejorar futuras intervenciones. Un enfoque integral que considere estos factores puede contribuir significativamente a la comprensión y tratamiento del consumo problemático de drogas en jóvenes adultos.

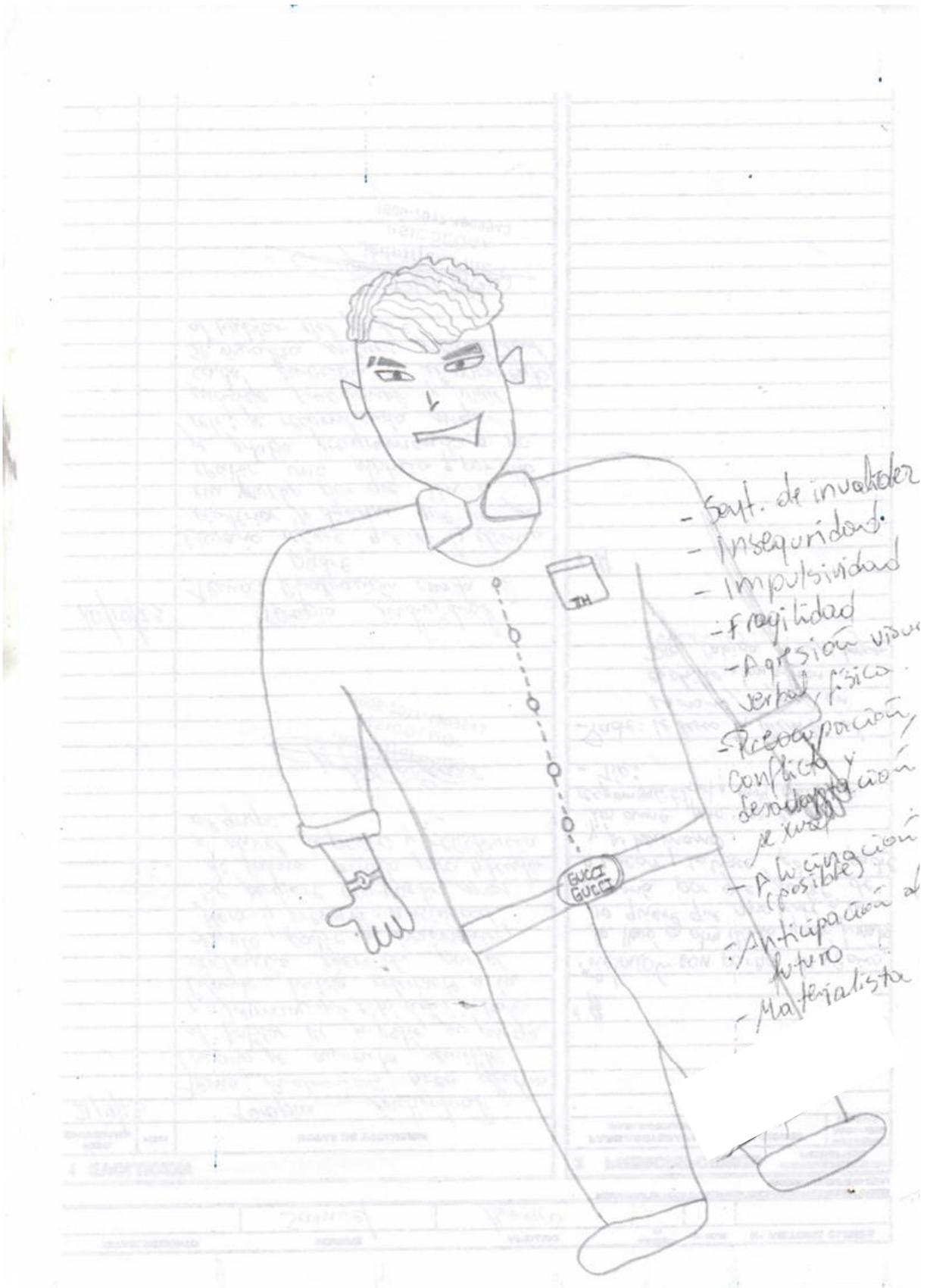
Anexos

Dibujos de casa, árbol, persona - test HTP aplicado a Carlos





- Materialista
- Regresión
- Rumiación sobre el pasado
- Necesidad de seguridad
- Impulsividad
- Ansiedad
- Frustración
- Necesidad de crecer, dar y hacer feliz a los demás



Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amores, A., & Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos. *Psicología Educativa*, 2(23), 81-88.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press.
- Brown, J., O'Grady, K., Farrell, E., Flechner, I., & Nurco, D. (1997). Factors associated with treatment outcomes in an outpatient substance abuse program. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(3), 369-383. Retrieved from <https://doi.org/10.3109/00952999709040963>
- Buck, J. (1948). Test proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamiento clínicos. doi:<http://www.publicacions.ub.es/refs/indices/06646.pdf>
- Carroll, K. M., Kiluk, B. D., Nich, C., Gordon, M. A., Portnoy, G. A., Marino, D. R., & Ball, S. A. (2014). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy: efficacy and durability of CBT4CBT among cocaine-dependent individuals maintained on
- Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. . New York: Guilford Press.

- CONSEP. (2005). *Segunda Encuesta Nacional a estudiantes a de educación media sobre consumo de drogas*. Quito, Ecuador.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 173–178. methadone. *American journal of Psychiatry*, 171(4), 436-444.
- Dozois, D., Dobson, K., & Ahnberg, J. (1998). The Beck Depression Inventory-II in a College Sample. *Psychological Assessment*.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *american Journal of psychiatry*, 165(2), 179-187.
- Enright, R. D. (2001). *Forgiveness is a Choice: A Step-by-Step Process for Resolving Anger and Restoring Hope*. American Psychological Association.
- Fantin, M., & García, H. (2011). *Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas*. Retrieved from <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v9n2/v9n2a1.pdf>
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons.
- Handler, L., & Thomas, A. D. (2014). *Drawings in assessment and psychotherapy*. Abingdon-on-Thames: Routledge/Taylor & Francis Group.[Google Scholar].
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Holaday, M., Smith, D. A., & Sherry, A. (2000). Sentence completion tests: A review of the literature and results of a survey of members of the Society for Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 74(3), 371-383.
- Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244. Retrieved from <https://sci-hub.st/10.3109/10673229709030550>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

- Liese, B. S., Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2020). Insecure attachment and addiction: Testing the mediating role of emotion dysregulation in four potentially addictive behaviors. *Addictive Behaviors*, 107, 106432.
- Loor, W., Hidalgo, H., Macías, J., García, E., & Scrich, A. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 1-5.
- Marlatt, G., & Donovan, D. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 511-525.
- Meichenbaum, D. (2007). *Stress Inoculation Training: A Preventative and Treatment Approach*. Pergamon Press.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Momeñe, J., Estévez, A., Pérez, A., Jiménez, J., Chávez, M., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021). *Substance abuse and its relationship to emotional dependence, attachment and emotional regulation in adolescents*. Retrieved from <https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v37n1/1695-2294-ap-37-01-121.pdf>
- Montero, P., Reyes, M., Cardozo, F., Brown, E., Pérez, A., Mejía, J., . . . Paredes, M. (2020). Adolescent substance use and its association with risk and protective factors. An exploratory analysis of the large-scale school survey of comunidades que se cuidan, Colombia. *Adicciones*, 32(2), 105-115. Retrieved from <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1083/1009>

- Narcóticos Anónimos. (1982). *Los Doce Pasos de Narcóticos Anónimos*. Van Nuys, CA: *World Service Office*. Retrieved from https://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/naway/cs/SP_9081_12_12_12_Dec2016.pdf
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (3rd ed.)*. Bethesda, MD: *National Institutes of Health*.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), y Secretaría Técnica de Drogas del Ecuador (SETED). (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Ecuador, 2016*.
- O'Farrell, T., & Fals-Stewart, W. (2003). *Alcohol and Substance Abuse: A Family Therapy Approach*. Guilford Press.
- OMS. (2024). *Glosario de términos de Alcohol y drogas*. Retrieved from https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
- Ortega, Y., Hernández, A., Arévalo, A., Díaz, A., & Torres, Z. (2015). *Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos*. Retrieved from <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/3691/57298094.pdf?sequence=3#:~:text=>
- Silverman, W., Ortiz, C., Viswesvaran, C., Burns, B., Kolko, D., Putnam, F., & Amaya, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/15374410701818293>
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1). Retrieved from <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00001>
- Velasco, G. (2018). *Las familias disfuncionales, factor de riesgo para el consumo de drogas en la adolescencia*. Retrieved from https://elpais.bo/seguridad/20180625_las-familias-

disfuncionales-factor-de-riesgo-para-el-consumo-de-drogas-en-la-
adolescencia.html#google_vignette

Volkow, N., Koob, G., & McLellan, A. (2016). Neurobiología del trastorno por consumo de sustancias: Perspectivas desde la ciencia. *The New England Journal of Medicine*, 18(3), 445-457. Retrieved from <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1511480>

Weiner, B. (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. Springer-Verlag.

Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Springer Publishing Company.

Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. NIDA research monograph, 137, 123-123.