



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO DE UNA MUJER
CONSUMIDORA DE ALCOHOL QUE ACUDE A
UN CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ADICCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO

SERNA MARTINEZ JUANA ROSAMARIA

LIMA-PERÚ

2024

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado
Presidente

Mg. Elena Yaya Castañeda
Vocal

Lic. Jennifer Carrasco Tacuri
Secretaria

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

Mg. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mi madre quien es el principal cimiento para la edificación de mi vida profesional, en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar por sus infinitas virtudes y su gran corazón que me llevan a admirarla cada vez más.

A Mia Valentina, mi especial motivación para superar todas las adversidades y no menos importante a mi padre y hermano, gracias por sus consejos y apoyo constante.

AGRADECIMIENTOS

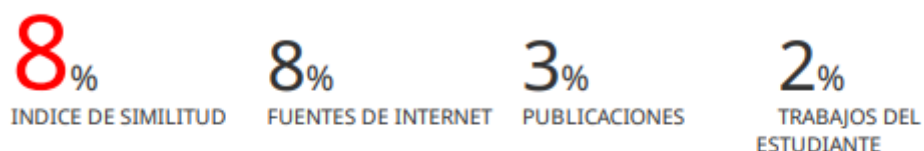
En principal agradecimiento a Dios quién me ha guiado y me da la fortaleza para seguir adelante.

A mi familia por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de este camino.

A los docentes y compañeros que compartieron sus conocimientos desde que inicié “Proyecto Grow”- Piura y posteriormente en la realización de esta especialidad, así mismo a todas las personas que de uno u otro modo colaboraron en la realización de este trabajo.

ESTUDIO DE CASO DE UNA MUJER CONSUMIDORA DE ALCOHOL QUE ACUDE A UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	qdoc.tips Fuente de Internet	3%
2	www.niaaa.nih.gov Fuente de Internet	1%
3	inba.info Fuente de Internet	1%
4	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
5	www.merckmanuals.com Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to National University College - Online Trabajo del estudiante	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO	2
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES	6
2.2. ANTECEDENTES	20
CAPÍTULO III: EVALUACIÓN	24
3.1. TÉCNICAS O MÉTODOS DE EVALUACIÓN:	24
3.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	24
3.3. PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN:	26
3.4. PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA DEL PROBLEMA:	26
CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN	30
4.1. PROBLEMA DELIMITADO	30
4.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	30
4.3. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	31
4.4. EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	33
4.6. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	38
4.7. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	38
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
ANEXOS	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

Índice de tablas

Tabla 1		
<i>Tabla resumen de sesiones</i>		33
Tabla 2		
<i>Sesión 01</i>		35
Tabla 3		
<i>Sesión 02</i>		35
Tabla 4		
<i>Sesión 03</i>		35
Tabla 5		
<i>Sesión 04</i>		36
Tabla 6		
<i>Sesión 05</i>		36
Tabla 7		
<i>Sesión 06</i>		36
Tabla 8		
<i>Sesión 07</i>		37

RESUMEN

Se desarrolló un estudio de diseño de caso único, cuyo objetivo fue deshabitación de las conductas adictivas que dan lugar al consumo compulsivo de alcohol a una paciente mujer de 31 años, a través del fortalecimiento de las áreas de personalidad, familiar y socio emocional. Se concluyó que la paciente de sexo femenino, de 31 años, presentó Patrones Clínicos de Personalidad Evitativa, Patología Severa de Personalidad Esquizotípica, y Síndrome Clínico de dependencia de drogas, concordante con su consumo de alcohol; a nivel familiar la evaluada no precisaba vínculos cercanos con los padres; a nivel socio emocional presentó conductas de ansiedad, frustración, tristeza, soledad. Debido a su perfil la paciente precisó de abordaje para deshabituación su consumo problemático de alcohol. A fin de generar un impacto favorable en las conductas problemáticas de la paciente se empleó técnicas cuyo impacto fue sido objeto de investigación científica, y cuya planificación formó parte de principios elementales del aprendizaje y comportamiento humano, dicho abordaje se direccionó a todas las áreas problemáticas precisadas en su perfil, los resultados obtenidos evidenciaron un impacto consistente en la deshabitación del consumo del alcohol.

Palabras Clave: estudio de caso, consumo de alcohol.

ABSTRACT

A single case design study was developed, whose objective was to characterize the psychological profile and appropriate intervention of a female alcohol consumer attending a Community Mental Health Center. It was concluded that the female patient, 31 years old, presented Clinical Patterns of Avoidant Personality, Severe Schizotypal Personality Pathology, and Clinical Syndrome of drug dependence, concordant with her alcohol consumption; at the family level the patient did not need close ties with her parents; at the socioemotional level she presented behaviors of anxiety, frustration, sadness, loneliness. Due to her profile, the patient needed to be approached in order to stop her problematic alcohol consumption. In order to generate a favorable impact on the patient's problematic behaviors, techniques were used whose impact was the object of scientific research, and whose planning was part of elementary principles of learning and human behavior, such approach was directed to all the problematic areas specified in her profile, the results obtained showed a consistent impact in the detoxification of alcohol consumption.

Keywords: case study, alcohol consumption.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de alcohol en la población femenina es una práctica cuyo estudio ha ganado espacio hace relativamente pocos años, esto debido a que con frecuencia, muchas investigaciones se centraron en el pasado en el consumo de alcohol únicamente en población masculina, sin embargo, al igual que muchas otras adicciones, es evidente que dicho comportamiento desadaptativo no diferencia género, debido a ello en la actualidad ha protagonizado ya un número no precisamente reducido, de investigaciones, pero que requiere aún un análisis más profundo (Soler y otros, 2016). Es por ello que, pese al protagonismo ganado, no existen estadísticas que adviertan o categoricen a nivel mundial o al menos a nivel de América latina, la población de mujeres con problemas de alcoholismo (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Sin embargo, de lo que sí existen estadísticas actualizadas es del consumo de alcohol, dichas estadísticas señalan a América como la zona de mayor consumo de alcohol a nivel mundial, dicho consumo llega a ser alto al punto de contribuir con el aumento en la proporción de mortalidad relativa, debido a las discapacidades o muerte prematura (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Los consumidores habituales de alcohol presentan patrones perjudiciales de consumo nocivos no solo para sí mismos, sino también para las personas que los rodean. El alcohol es considerado como un factor primordial de riesgo, respecto a patologías y prematura muerte, siendo el riesgo causado por él aún más importante que factores como la hipercolesterolemia, tabaquismo, desnutrición, sobrepeso, o las mismas deficiencias de los sistemas sanitarios (Vázquez y otros, 2019).

Todo ello conlleva a un punto importante, pues alrededor de tres millones de muertes se producen cada año debido al nocivo uso de alcohol, cifra que representaría el 5,3% del total de muertes a nivel mundial. Agregado a ello el uso nocivo de alcohol es un elemento de riesgo, detonante en alrededor de doscientas patologías, trastornos comportamentales, mentales, sumando a lista traumatismos, y patologías no transmisibles (Cáceres y otros, 2020).

Perú por su parte se posiciona en Latinoamérica en el 3er puesto en cuanto al consumo de alcohol, como indica el último informe acerca del consumo de alcohol en América (Para 2015), publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), superado sólo por Paraguay que lidera la lista con 33,9% y Venezuela con 24,3%.

Asimismo, resulta importante también hacer notar que hace alrededor de 10 años se precisaba una gran diferencia en los estudios de Cedro, que indican la existencia de una gran diferencia en relación a la adicción al alcohol y el género, sin embargo, en la actualidad la brecha es mínima, mientras un 77% de las mujeres consumidoras eventuales de alcohol registran un consumo problemático, de los hombres consumidores un 81% alcanzan esa categoría (Cabanillas, 2020).

Es en el marco de dicha realidad que surge la búsqueda constante de vías de prevención, en principio enfocadas hacia un consumo responsable en consumidores sociales, y de la recaída en alcohólicos que han pasado por un periodo de abstinencia en un tratamiento especializado (OMS, 2022).

Sin embargo se hace notoria la incapacidad de cumplimiento de los objetivos preventivos, en parte fundamental debido a que el cuerpo teórico y aplicado, en lo que respecta al tratamiento de toxicomanías y abordaje preventivo se ha nutrido de diversas ciencias a lo largo del tiempo y permanece en esa misma línea de acción, lo que

evidencia la necesidad de investigaciones falsables con resultados con suficiente veracidad científica que contribuyan a la reestructuración de esquemas preexistentes a fin de que los objetivos iniciales puedan cumplirse.

Es entonces que, surge la pregunta de investigación, considerando las características y condiciones mencionadas de las mujeres consumidoras de alcohol: ¿Cuál es el perfil psicológico e intervención adecuada de una mujer consumidora de alcohol que acude a un Centro de Salud Mental Comunitario?

A nivel metodológico, para el desarrollo del estudio de caso, se determinó un diseño de caso único N=1, debido a que se orienta a la documentación de un evento o situación única y extrema, evaluada de manera profunda y completa, acorde con el planteamiento del problema, como estrategia de investigación, para estudiar el perfil psicológico e intervención adecuada de una mujer consumidora de alcohol que acude a un Centro de Salud Mental Comunitario.

En función del tipo de información recolectada el presente es un estudio cualitativo, esto se debe a que, el contexto o medio se encuentra formado por el mismo caso y su ambiente, ya que los parámetros entre sus elementos son más complejos de plantear. Del mismo modo, semejante a otros diseños cualitativos, la materia primordial de la información recolectada está constituida por las narraciones escritas, audiovisuales y verbales.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta

Paciente de sexo femenino, de 31 años, acude a entrevista psicológica programada, refiere que acudió a centro de salud mental comunitario en busca de ayuda, debido a que su consumo de alcohol le ha generado muchos problemas en diversas áreas de su vida.

Entrevista inicial

Al momento de la entrevista afirma que tras pasar por acogida con el personal de enfermería, y con el psiquiatra fue derivada al área de psicología, donde se desarrolló la entrevista clínica, identificándose que la usuaria es una fémina de 31 años de edad. A nivel personal su aspecto aparenta cronológicamente su edad. Acude a la entrevista vistiendo un pantalón jeans y una blusa, la vestimenta es acorde a la estación, limpia, y libre de extravagancias. Se identifica lucidez y orientación en persona y temporoespacial. Al desarrollarse la entrevista, mientras narra los hechos, su rostro expresa gestos de tristeza, conforme avanza el relato sus ojos empiezan a presentar lágrimas, de forma tenue, pero, en el punto más álgido de la entrevista, no logra contener sus emociones y es invadida por un llanto profuso, en ocasiones su mirada se dispersa en el vacío, acaricia su cabeza y la frente con frecuencia, apoya los codos en el escritorio, la postura adoptada la mayor parte de la entrevista es semi encorvada encogiéndose los hombros. Emplea un discurso fluido, pero suele hacer pausas para tomar aire, su tono de voz es inicialmente difícil de escuchar.

Tras la entrevista se plantearon algunas conclusiones, que sirvieron de objeto para el clínico, a fin de precisar las áreas de evaluación, sobre las cuales erigir el abordaje psicoterapéutico:

La paciente aparentemente le es difícil establecer relaciones interpersonales, afectivas, sólidas, que puedan perdurar en el tiempo, suele sabotearlas debido a su consumo de alcohol.

Se distingue en diversos momentos que pone por encima de todo el consumo de alcohol, no mide las consecuencias de sus actos, y cuando las consecuencias son desagradables para ella huye y encuentra refugio en el alcohol, dispersando su realidad.

Está acostumbrada al apoyo incondicional de los padres, sin embargo, no se distinguen vínculos afectivos cercanos, pues les permite cumplir su rol como proveedores o salvavidas, y luego se desentiende de ellos, hasta que vuelve a necesitarlos.

Tiende a rechazar los consejos de la familia de cambiar sus hábitos, o los acepta por momentos según su conveniencia.

La paciente permanece en un estado ansioso, motivado por la querrela legal por los hijos, y demás problemas generados a causa de su consumo.

Tiene dificultades para tolerar las reglas establecidas por la familia, y tiende a saltarse o desobedecer reglas sociales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES

Uso, abuso y adicción del alcohol

La enfermedad llamada alcoholismo se erige en un factor básico importante, la dependencia al alcohol por parte del humano. Seevers, en el año 2018, al clasificar psicofarmacológicamente los elementos que constituyen la adicción a las drogas, señala al alcohol como un arquetipo neurodepresor de droga que posee la capacidad de producir dependencia, de forma similar como los barbitúricos y diversas sustancias con efectos hipnóticos o sedantes (NIDA, 2018).

Analizando las tres últimas décadas, particularmente la pasada, es fácil inferir que se ha logrado un asombroso avance científico acerca de la comprensión de los perjudiciales efectos que acarrea el alcohol, esto debido a que los investigadores siguen descubriendo explicaciones biológicas, químicas y psicológicas, direccionadas a la propensión humana hacia el consumo. Dichos saberes son fundamentales para la comprensión del alcohol y sus facultades para la intoxicación, toxicidad y dependencia física (Ahumado y otros, 2017).

La interacción con las drogas suele ser diversificada, así como lo suelen ser las características de los consumidores, normalmente se establecen de forma básica 3 tipos: dependencia, abuso, y uso.

Se entiende por uso a aquella interacción con las drogas donde, debido a la proporción, por su regularidad o por las condiciones del sujeto a nivel físico, psíquico y social, no son detectables efectos inmediatos para el consumidor ni para su entorno (Vázquez y otros, 2019). En la clínica suele ser complejo diferenciar un consumo como “uso”, esto debido a que son múltiples los elementos que comprende dicha delimitación,

sumando a ello la percepción del consumidor, pues lo que este considera un uso moderado, potencialmente podría exceder el umbral del abuso para un espectador neutral. Es prudente, para ello, templar la óptica antes de dictar la valoración de “uso” a cierta forma de consumo. No es suficiente considerar únicamente la frecuencia, pues existe la posibilidad de esporádicos consumos donde el individuo abusa claramente de la sustancia. Tampoco se debe prestar atención únicamente a la dosis, debido a la posibilidad de consumos que aparentemente no es excesivo, pero repetitivo asiduamente, a punto tal que potencialmente puede observarse cierto modo de dependencia. Evidentemente se asemeja a dicho proceso la actitud actual del usuario, debido a que, por ejemplo, «un mismo consumo moderado de alcohol puede derivar en abuso si el sujeto está tomando tranquilizantes prescritos por su médico». Prestar la debida atención al entorno del sujeto es oportuno, pues a partir de ahí es posible reconocer un uso de sustancias que no solo afecta al individuo, sino también gravemente a terceros.

Por abuso se entiende el modo de interacción con las sustancias psicoactivas en donde, debido a la cantidad, por el uso frecuente y/o por la propia situación social, físico-psíquica del individuo, se generan efectos nocivos para quien consume y/o su círculo (Matos, 2017). El uso de 10 cigarros puede considerarse no desmedido. No obstante, en el momento en que dicha cifra se consume a diario, favorece potencialmente desequilibrios respiratorios. De forma inversa, un individuo podría esnifar cocaína una sola vez, pero consumirla en cantidades tan altas que desataría cierto tipo de accidente cerebrovascular. Podría ser que una fémina tenga un consumo de alcohol y tabaco habitual, pero moderado, sin embargo, si son mantenidos a lo largo del embarazo estaría cayendo en abuso. Saliendo del esquema de pensamientos predeterminados, en cada caso señalado se analizan los múltiples aspectos asociados a

las drogas, a los patrones de uso y al ambiente individual y social en el que el uso de drogas tiene cabida, previo a precisar si la situación responde a una de uso o de abuso.

Partiendo de lo señalado por la OMS, se entiende la dependencia como aquel patrón de conductas donde se hace primordial el consumo de una droga frente a otros comportamientos considerados anteriormente de mayor prioridad o importancia (OMS, 2022). El uso de sustancias psicoactivas, que tal vez inició como un experimento esporádico sin relevancia alguna, pasará a transformarse así en un comportamiento en torno al cual se erige la vida del individuo, quien dedicará sus pensamientos, la mayoría de su tiempo al consumo de las sustancias, a su búsqueda, a la obtención de financiamiento para adquirirlas, a usarlas, a amortizar sus efectos, etc.

Sistemas neuronales del reforzamiento y la susceptibilidad individual

Un elemento de alta complejidad y difícil entendimiento en el vastamente complejo contexto de las toxicomanías es la vulnerabilidad más alta a los «efectos adictivos de los reforzadores positivos en ciertos sujetos y en otros no» (Ahumado y otros, 2017). No existe un planteamiento exacto que precise las razones de dicho fenómeno, sin embargo, se intenta una explicación aproximada empleando como referencia diversas dimensiones psicosociales y se suma a ello la posibilidad de una sensibilidad biológica a los efectos de los reforzadores particular para cada individuo. Respecto a ello, «la investigación preclínica animal y los estudios de neuroimagen en humanos precisan que algunos desequilibrios en ciertos elementos reguladores de la transmisión sináptica de sistemas como el dopaminérgico y el opioidérgico pueden participar en dicha mayor vulnerabilidad». En el particular caso de las sustancias psicoactivas, distintas investigaciones señalan también que, transcurrida la primera fase de exposición al uso de las drogas, la sucesión en la misma conducta genera finalmente adaptaciones corticales específicas que acarrearán una mayor fragilidad del córtex y un

incremento de la imposibilidad de abdicar del todo la dependencia. Pese a ello, exceptuando los casos donde existe alguna patología psiquiátrica asociada, previa al desarrollo de la toxicomanía, el riesgo biológico de desarrollar una toxicomanía es parecido en todos. Por tal razón, conjuntamente, al investigar en factores biológicos que hacen más vulnerable al sujeto al desarrollo de la toxicomanía, también se debe indagar a nivel de factores psicosociales ambientales que resguardan al individuo de tal riesgo biológico (García y otros, 2016).

Vulnerabilidad a la adquisición de conductas adictivas

Es bien sabida la existencia de factores psicosociales que poseen relevante importancia al posibilitar el camino hacia la toxicomanía. «Dicha facilidad podría potencializarse si, se involucran también aquellos factores biológicos que convierten más susceptibles a los sujetos a los positivos efectos reforzantes de los reforzadores y a las alteraciones a nivel emocional y cognitivo que producen dichos estímulos». En el tema de las sustancias psicoactivas, se conoce que los efectos de estas en el córtex se transcriben en modificaciones de la normal comunicación sináptica. Como ya hemos dicho, este cambio se dirige a las conexiones neuronales encargadas de regular conductas esenciales para «la supervivencia de la especie humana, como la comida y la bebida, el cuidado de las crías y la reproducción». Dichas actividades son a menudo de naturaleza placentera. Cuando las sustancias psicoactivas afectan las conexiones neuronales que intervienen en estas placenteras funciones naturales, son, por así decirlo, "secuestrados" y puestos a su servicio, estos circuitos cerebrales. Aunque las drogas dañan estas redes neuronales naturales, modifican muy sutilmente el cerebro hasta que llega el momento en que el cerebro "marcado" por las drogas se vuelve sensible. De hecho, estrictamente hablando, después del uso continuado de drogas, los cerebros de las personas nunca se recuperan de la relación con las drogas. De alguna manera,

incluso después de la eutanasia, su cerebro permanece permanentemente sensible. Este marcador, esta sensibilidad, promueve el uso de sustancias psicoactivas al sujeto pese a una larga abstinencia e induce recaídas, «ya sea por el consumo de bajas dosis de la droga, por estímulos ambientales y psicosociales asociados al consumo previo de drogas, o simplemente por recuerdos de uso de drogas». Lo que también explica por qué los drogadictos ya no pueden decidir si usar o dejar de usar estas drogas, pues ellas controlan su conducta, no los mismos sujetos.

En otras palabras, incluso si una persona permanece sobria durante años, no debe olvidar que la sensibilidad constante de su sistema nervioso central la hace mucho más vulnerable que una persona que no era adicta antes.

Factores biológicos que pueden facilitar el inicio de conductas adictivas

Un elemento relevante de los sustratos neuronales implicados en la inducción de la conducta adictiva es su mayor o menor sensibilidad a los efectos eufóricos de las drogas. Ciertamente parece que uno de los correlatos fisiológicos de la facilitación de la conducta adictiva se basa en las diferencias en la funcionalidad de ciertos neurotransmisores. «Así, los datos obtenidos por métodos de neuroimagen sugieren que la mayor presencia de receptores del subtipo D2 de dopamina en el cerebro humano puede ser un factor protector frente a los efectos eufóricos de los psicoestimulantes. Los hallazgos de la investigación preclínica apuntan en la misma dirección y también incluyen los sistemas opioidérgico y glutamatérgico entre los neurotransmisores, cuya deteriorada función puede estar asociada con una mayor susceptibilidad a la adicción a las drogas». La variación funcional de «los sistemas de neurotransmisores probablemente sea innata (ya sea directamente afectada por genes específicos o indirectamente por factores epigenéticos durante el desarrollo perinatal) y puede afectar no solo a los sistemas de neurotransmisores, sino a todos los procesos regulados por

ellos». Farmacocinética y farmacodinámica de fármacos que dan lugar a respuestas adversas fisiológicas tras la exposición inicial que no facilitan el uso continuado en algunos sujetos y, en última instancia, actúan como factores de protección.

Este es el caso, por ejemplo, de los polimorfismos funcionales de las enzimas alcohol deshidrogenasa (ADH) y aldehído deshidrogenasa (ALDH). Como se sabe, la enzima ADH convierte el alcohol en acetaldehído y la ALDH convierte el acetaldehído en ácido acético y agua. Las mutaciones en el alelo ALDH2 conducen a la pérdida de la actividad de las enzimas hepáticas, lo que resulta en la acumulación de acetaldehído en el cuerpo, lo que resulta desagradable para el sujeto y hace que las personas con deleciones de este gen beban menos. Habitualmente consumidores no habituales y prácticamente no alcohólicos (Thomasson et al., 1991). Las mutaciones en el alelo ADH2, a su vez, conducen a un aumento del metabolismo del alcohol a acetaldehído y también a una disminución del consumo de alcohol. Aunque las frecuencias alélicas de estas variantes son muy bajas en las poblaciones europeas (Merikangas, 1990), pueden existir variaciones alélicas involucradas. en los efectos adversos inducidos por fármacos en estas poblaciones, pero esto aún no se comprende bien.

Investigaciones recientes señalan que el gen CaMKIV podría estar asociado con la susceptibilidad a los efectos potenciadores de la cocaína. La ausencia de este gen aumenta la sensibilidad a este psicoestimulante y puede considerarse un gen protector frente a la cocaína. Sakon et al. (2009) demostraron que las variantes del gen del receptor de nicotina duplican el riesgo de adicción a la nicotina. Se han identificado variantes en el receptor opioide Asp40, en pacientes alcohólicos tratados con naltrexona que provocan una menor tasa de recaídas (26,1%) que los pacientes con variantes Asn40 (47.9%) (Cáceres y otros, 2020).

También existen alteraciones génicas que aparentemente predisponen a la psicosis tras el consumo de cannabis. El gen de la catecol-O-metil-transferasa (COMT), una enzima involucrada en la descomposición de la dopamina, tiene un polimorfismo funcional (Val158Met) y un cambio de aminoácido (valina o metionina) en la proteína. Los sujetos homocigotos para la variante G (genotipo Val/Val) o los heterocigotos Val/Met tienen mayor probabilidad de experimentar síntomas psicóticos cuando consumen cannabis que cuando no consumen cannabis (Caspi et al, 2005). Estas dos isoformas de la enzima COMT eliminan la dopamina más rápido que los individuos homocigóticos. Este hecho puede estar relacionado con una mayor susceptibilidad psicopática al cannabis, ya que la desregulación dopaminérgica se asocia con el desarrollo de esquizofrenia. Varios polimorfismos en el alelo G del gen cannabinoide CNR1 también se han asociado con una mejor respuesta al tratamiento antipsicótico (Handami et al., 2008). Finalmente, se identificó genes que se relacionan en heroinómanos con la respuesta terapéutica a la metadona, como el gen de BDNF, MYOCD, GRM6 –receptor de glutamato- y OPRM1. También podrían estar relacionados los genes CRY1, relacionados con la producción de TNF-alfa (García y otros, 2016).

También es importante recordar que la conducta adictiva es también una respuesta motora y, como todas las respuestas de este tipo, es iniciada por el sistema motor accesorio y coordinada por los ganglios basales y el cerebelo. Estas áreas son fundamentales para el aprendizaje de las respuestas motoras. Así como una persona que ha aprendido a andar en bicicleta puede desarrollar una respuesta motora (patada) cuando está sentado en el sillín, un drogadicto puede desarrollar una respuesta aprendida para su uso en un entorno particular, esta respuesta desencadena factores adicionales que facilitan el desarrollo de comportamiento adictivo. Los estereotipos

motores inducen sistemas de activación de respuestas automáticas a nivel motivacional y cognitivo. Además, al igual que los estereotipos, esta respuesta aprendida es aberrante en el sentido de que la necesidad de realizarla se repite una y otra vez, lo que puede explicar las compulsiones en la adicción (Matos, 2017).

Finalmente, hay cambios en el sistema neuroendocrino de los adictos. Los estudios psiconeuroinmunológicos muestran que el estrés prolongado y los estados afectivos negativos inducen cambios neuroendocrinos a través del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA), lo que lleva a efectos inmunosupresores. Se ha demostrado que libera glucocorticoides (cortisol). Reacciones de los órganos vegetativos (Azkona y otros, 2018).

En los adictos que persisten en estas conductas, se crea un estado de estrés sostenido (inducido o situacional), lo que indica una mayor activación del sistema HPA y un mayor deterioro de la salud física, lo que lleva a un aumento del potencial de adicción (Azkona y otros, 2018).

Finalmente, cabe señalar que la susceptibilidad biológica individual a la adicción a las drogas también puede estar relacionada con cambios psicopatológicos previos. De hecho, son frecuentes los casos de diagnóstico dual, en los que están presentes la adicción a las drogas y diversos trastornos psiquiátricos. En otras palabras, los trastornos neurológicos previos de los que la persona no es consciente pueden contribuir al uso de ciertas drogas, lo que resulta en una adicción a las drogas además de la psicosis. Sin embargo, dado que el propio abuso de sustancias puede causar trastornos psiquiátricos, y la importancia etiológica de la psicopatología preexistente en el curso de la drogodependencia, se ha cuestionado el impacto relativo de los trastornos psicopatológicos en el desarrollo de la drogodependencia es difícil de evaluar. A pesar de este debate, existe un consenso general de que la adicción a las drogas y los

trastornos psicopatológicos coexisten y que el tratamiento de los trastornos psicopatológicos mejora significativamente los resultados del tratamiento de la adicción a las drogas (Ahumado y otros, 2017).

Generalidades acerca de la psicopatología

Los rasgos de personalidad describen patrones de pensamiento, percepción, reacción y relaciones que parecen relativamente estables a lo largo del tiempo. El trastorno de personalidad (Zimmerman, 2021).

Está presente cuando estos rasgos son tan pronunciados, rígidos y desadaptativos que interfieren con el trabajo y el funcionamiento interpersonal. Estos desajustes sociales pueden suponer una pesada carga para las personas con trastornos de la personalidad y quienes las rodean. Para las personas con trastornos de la personalidad (a diferencia de muchas otras que buscan asesoramiento psicológico), el estrés es causado por las consecuencias del comportamiento socialmente inapropiado, en lugar de la incomodidad con los propios pensamientos. y sentimientos, a menudo impulsa al paciente a buscar tratamiento Necesitamos ser capaces de reconocer lo que subyace en él (Llompis y otros, 2023).

En particular, en relación con los patrones de personalidad, estos pueden verse como formas persistentes de percibir, relacionarse y pensar, y pueden pensarse en un sentido patológico si son inflexibles y desadaptativos, y la cultura del sujeto. se desvían de Persisten en el tiempo y causan un deterioro significativo o malestar subjetivo (Ortiz, 2020).

Los trastornos mayores de la personalidad, o trastornos de la personalidad, son un grupo de condiciones mentales en las que persisten patrones de comportamiento, sentimientos y pensamientos que difieren significativamente de las expectativas

culturales. Estos comportamientos perjudican la capacidad de una persona para funcionar en las relaciones, en el lugar de trabajo y en otras situaciones (Ortiz, 2020).

El síndrome clínico en sí mismo es una serie de síntomas o condiciones que ocurren juntos que indican la presencia o la probabilidad de tener una enfermedad en particular (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Psicopatologías asociadas al alcoholismo

La prevalencia de los diferentes tipos de trastornos de la personalidad parece variar según el contenido principal del abuso, el sexo y el nivel socioeconómico del paciente. Al centrarse en el alcohol, los estudios epidemiológicos de muestras comunitarias han demostrado que las comorbilidades psiquiátricas del alcoholismo son el doble de las esperadas (Becoña & Cortés, 2010).

Los alcohólicos suelen tener otros síndromes psiquiátricos relacionados. Se presenta con síndromes médicos, especialmente ansiedad y depresión. Estos trastornos suelen ser inducidos o exacerbados por el propio consumo de alcohol y suelen mejorar en unas pocas semanas si la persona recibe un tratamiento desintoxicante y es capaz de mantener el alcoholismo en remisión (Contreras y otros, 2020).

Los alcohólicos tienen una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, la mayoría de los cuales son comórbidos. Con base en la prevalencia a lo largo de la vida, los trastornos de ansiedad, el trastorno de pánico y la fobia social son más comunes como trastornos de ansiedad definidos, y entre los trastornos definidos, el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad y los alcohólicos primarios tienen un mayor riesgo de fobia social en la historia del alcoholismo (Contreras y otros, 2020).

El alcoholismo puede causar trastornos de ansiedad. Posiblemente una persona susceptible, asociada a pérdida de relaciones, fracaso escolar o laboral, acontecimientos

vitales o episodios repetidos de abstinencia (hiperadrenérgicos). Desregulación noradrenérgica más pronunciada en personas que abusan de la cocaína además del alcohol (Navarrete y Secín, 2018).

Por otra parte, los sujetos con trastorno de ansiedad presentan 2'5 a 4'3 veces más riesgo para el alcoholismo que la población común. Esto a partir de una investigación prospectiva reciente, existe una relación causal recíproca entre los trastornos de ansiedad y el alcoholismo. Los trastornos ansiosos tendrían una mayor posibilidad de desarrollo de alcoholismo y viceversa (Ortiz, 2020).

Stockwell enfatiza los síntomas emocionales (miedo, ansiedad) del síndrome de abstinencia de alcohol. Los efectos de rebote de la ansiedad y el insomnio son poderosos estímulos condicionados para inducir un nuevo consumo de alcohol» (Aguda & Kelley, 2023).

El alcoholismo y su curso influye de forma clara en el de la depresión. La disminución del alcoholismo incrementa considerablemente la posibilidad de disminución de la depresión e incluso tiene algún efecto protector contra las recaídas de los trastornos depresivos (Ahumado y otros, 2017).

La incidencia de «los trastornos de personalidad en los alcohólicos varía del 15 al 25 % y la de alcoholismo en los trastornos de personalidad alcanza el 50% al 75%» (Barba y otros, 2022).

El alcoholismo conduce a trastornos del comportamiento que incluyen violencia verbal o física, desprecio por los derechos de los demás, mentiras, deshonestidad y otros rasgos antisociales. Sin embargo, el trastorno de personalidad antisocial comienza alrededor de los 15 años y persiste incluso después de una abstinencia prolongada (Ortiz, 2020).

El trastorno de personalidad antisocial «se asocia con Cloninger tipo II o Babor tipo B caracterizado por rasgos de comportamiento antisocial, búsqueda de novedades, baja evitación de daños, inicio temprano de abuso de alcohol y problemas asociados son más comunes» (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

La presencia de conducta antisocial grave en diversas áreas del funcionamiento comienza antes de los 15 años y persiste hasta la edad adulta y es un requisito diagnóstico esencial para distinguirla de la conducta antisocial secundaria al alcoholismo (Garaigordobil & Maganto, 2016).

Personas impulsivas y violentas a las que les gusta correr riesgos y no pueden aprender de sus errores ni sacar provecho de sus castigos. La mayoría tiene serios problemas secundarios de por vida con el alcohol, así como otros problemas de drogas, violencia, interrupción prematura del tratamiento y mal pronóstico, lo que hace que su consumo de drogas sea difícil de controlar. Por lo general, representan a 5 mujeres y 10 a 20 hombres que solicitan tratamiento para el alcoholismo (Organización Mundial de la salud, 2020).

Repercusiones de consumo de alcohol en mujeres

El alcoholismo es una adicción que afecta a ambos sexos, pero los porcentajes son mayores cuando hablamos de mujeres. Los efectos del consumo excesivo de esta sustancia son también más pronunciados en las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El perfil de las mujeres que consumen alcohol de manera adictiva es típicamente de mujeres entre 30 y 60 años que presentan baja autoestima y/o síntomas de depresión o ansiedad. A medida que aumenta el consumo de alcohol entre los jóvenes y vuelve a

la normalidad, es cada vez más común que las jóvenes enfrenten este tipo de problema (Ahumada y otros, 2017).

Según un estudio de investigación clínica y experimental realizado por Karl Mann, los efectos del alcohol en las mujeres suelen ser más graves que en los hombres, dando como resultado lesiones que van desde daño neurológico hasta daño hepático y cáncer de mama (Ahumada y otros, 2017).

Las mujeres que abusan del alcohol con regularidad tienen más probabilidades de desarrollar hepatitis relacionada con el alcohol que los hombres que beben la misma cantidad. La hepatitis alcohólica es una enfermedad hepática relacionada con el alcohol que pone en peligro la vida. Este patrón de consumo de alcohol también puede provocar cirrosis (cicatrización permanente del hígado) (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El abuso de alcohol a largo plazo es la principal causa de enfermedades del corazón. Las mujeres son más propensas que los hombres a tener enfermedades cardíacas relacionadas con el alcohol a pesar de beber menos alcohol a lo largo de su vida (National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism, 2022).

Los estudios sugieren que el abuso del alcohol daña el cerebro más rápido en las mujeres que en los hombres. Además, el alcohol puede interferir con el desarrollo normal del cerebro durante la adolescencia, y existe evidencia de que puede haber diferencias en los efectos del alcohol en el cerebro de los bebedores adolescentes. pruebas que sus compañeros que bebían menos o evitaban el alcohol que los niños que informaron beber en exceso y con riesgo. De manera similar, las niñas que abusaron del alcohol tuvieron una mayor reducción en el tamaño de las regiones cerebrales claves asociadas con la memoria y la toma de decisiones que los niños que abusaron del

alcohol. La explicación es que estos vacíos ocurren cuando se consume suficiente alcohol para bloquear temporalmente el proceso de convertir la memoria a corto plazo en memoria a largo plazo. Esto se llama consolidación de la memoria y sucede en un área del cerebro llamada hipocampo (Tapert, 2022).

Existe una relación entre el consumo de alcohol y el desarrollo de cáncer de mama. Los estudios muestran que las mujeres que beben alrededor de una bebida al día tienen entre un 5 % y un 9 % más de probabilidades de desarrollar cáncer de mama que las mujeres que no lo hacen (National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism, 2022).

2.2. ANTECEDENTES

Barba et al. (2022), desarrolló una investigación cuyo objetivo fue analizar la relación entre las características de los trastornos de personalidad y la ingesta alcohólica en jóvenes de 17 a 30 años. Los resultados obtenidos señalaron que las características de trastornos de personalidad con mayor incidencia corresponden esquizoide, esquizotípico, histriónico y antisocial, así mismo señalan que en las mujeres se suele presentar predominancia de características evitativas, impulsivas, dependientes y ansiosas. Los autores concluyen señalando que los datos de la presente investigación podrán ser usados para buscar estrategias efectivas de prevención e intervención cuando se presentan patologías duales como consumo de alcohol y trastornos de personalidad (Barba y otros, 2022).

Arrasco (2021), desarrolló una tesis denominada “Influencia de los rasgos de personalidad sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Lima en época de pandemia por la COVID-19, el objetivo de la investigación fue determinar la influencia de los rasgos de personalidad sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Lima. Los resultados evidenciaron la influencia significativa y positiva de extraversión, neuroticismo y actividad sobre el consumo de alcohol. Concluyendo que algunos rasgos de personalidad influyen significativamente sobre el consumo de alcohol (Arrasco, 2021).

Hernández y Urbina (2021), desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre consumo de alcohol y funcionalidad familiar en adolescentes. Los resultados alcanzados precisaban una correlación inversa entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar, evidenciando de este modo que el nivel de consumo de alcohol alto está presente a medida que el nivel de funcionalidad familiar es

más deficiente. Concluyendo que entre más deficiente que el nivel de funcionamiento familiar más alto es el consumo de alcohol (Hernández y Urbina, 2021).

Cáceres et al. (2020), desarrollaron una investigación denominada “Análisis interdisciplinario con perspectivas de género del alcoholismo en mujeres”, el objetivo fue comprender las maneras en que opera la dimensión cultural y, en específico, el género, en las trayectorias de vida de mujeres alcohólicas. Los hallazgos sugieren que las experiencias de consumo de alcohol se caracterizan primero por el consumo inicial de alcohol en la infancia, lo que contribuye a la etapa posterior de la adolescencia, que se asocia con el consumo repetido de alcohol y la aceptación social relacionada con las preferencias de género; en segundo lugar, el consumo adulto, que es el período más problemático en función de las adicciones, las experiencias de violencia encubiertas y conexas, y en tercer lugar, la recuperación, un proceso incierto cuyo inicio está ligado a las experiencias relacionadas con el género. Finalmente, se concluyó que en las historias de vida analizadas, todas las etapas del alcoholismo se relacionaron con el género, principalmente: estigmatización; vulnerabilidad; violencia y consumo clandestino (Cáceres y otros, 2020).

Vicuña (2019), desarrolló una investigación que buscó analizar si determinados rasgos socioemocionales de un grupo de jóvenes, como lo son su regulación emocional y madurez psicosocial y algunas características parentales como soporte brindado, son factores asociados a la propensión de que el adolescente consuma o no alcohol. Los resultados alcanzados encontraron que la propensión al consumo de alcohol de las jóvenes está relacionada al control parental, soporte emocional, y a niveles favorables de madurez socioemocional de las adolescentes, es debido a ello que las adolescentes con mayor soporte emocional del padre y con mayor madurez socioemocional, muestran tener una menor propensión al consumo de alcohol. Concluyendo el autor que

la propensión al consumo de alcohol de la población estudiada está relacionada al control parental y a la regulación socioemocional (Vicuña, 2019).

Troncoso (2019), desarrolló una investigación titulada “Diferencias por género en los niveles de consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Ambato”, dicha investigación tuvo como objetivo determinar las diferencias existentes en el consumo de alcohol por género en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Ambato-Ecuador. Los resultados obtenidos señalan que hombres y mujeres están por debajo del punto de corte, en otras palabras, no estás consumiendo alcohol que sea perjudicial para tu salud. A partir de estos resultados, los investigadores concluyeron que al menos el 50 % de los participantes consumían, tenían recaídas a niveles de consumo aparentemente bajos y tenían una edad de inicio de catorce años en ambos sexos. Los hombres son más propensos a ser adictos al alcohol que las mujeres (Troncoso, 2019).

Sánchez (2018), desarrolló una tesis denominada “Perfiles psicosociales de personas consumidoras de cerveza”, tuvo como objetivo indagar sobre el consumo de cerveza de personas pertenecientes a una universidad, teniendo en cuenta las características psicosociales de esta población, al igual que el contexto en el que se encuentran inmersos. Como resultado, este grupo pasa la mayor parte de su tiempo estudiando o trabajando, quizás para equilibrar su estilo de vida, o para pasar tiempo con amigos bebiendo cerveza o haciendo otras actividades. No se observó espacios de distracción para considerar este espacio. Estos resultados sugieren que como estas personas están permanente y directamente influenciadas por su entorno social, sumergirse en contextos específicos de socialización y crear nuevas experiencias que enriquecen sus prácticas culturales, la aceptación y las relaciones interpersonales permite concluir que demuestra positivamente esta familiaridad como habituación de prácticas, contribuyó a riesgos

ambientales y abrió la posibilidad de consumo problemático a una pequeña porción de la población (Sánchez, 2018).

Matos et al. (2017), desarrollaron un estudio de caso titulado “Presentación de caso de alcoholismo”, el objetivo del estudio fue determinar la necesidad de ayuda especializada para mejorar el estilo y calidad de vida del paciente. Los resultados obtenidos permitieron conocer los daños causados por el alcohol y los factores de riesgo que conducen a la adicción, cambios momentáneos, rasgos de personalidad evitativos, pérdida de interés y motivación por las cosas y aumento de niveles de interés por las bebidas alcohólicas, estado de ánimo depresivo, baja autoestima, nula percepción de los riesgos que ocasiona el alcohol para el ámbito de la salud, familiar, social y laboral, además, bajo control emocional, limitados recursos psicológicos para enfrentar situaciones estresantes de la vida cotidiana. , consumo de bebidas alcohólicas en busca de soluciones, trastornos del sueño (insomnio) y de la alimentación (anorexia). Ello permitió concluir que el programa de psicoterapia individual y de grupo eran dos abordajes de importancia imperativa, pues permitieron al paciente adquirir herramientas para enfrentar el problema, generando cambio es las características emocionales y de su personalidad, modificar la conducta negativa adoptada durante el tiempo que ingirió bebidas alcohólicas, con una evolución satisfactoria (Matos, 2017).

CAPÍTULO III: EVALUACIÓN

3.1 Técnicas o métodos de evaluación:

Para la ejecución de la valoración psicológica, tema central del presente estudio de caso se empleó la siguiente técnica psicológica:

Observación conductual: se precisa como la objetiva descripción del aspecto físico y de las manifestaciones conductuales que expresó la evaluada desde el inicio de la primera sesión.

La entrevista individual: técnica empleada para recaudar información relevante acerca del paciente y problemas que interfieren con su bienestar, tiene lugar cara a cara entre el clínico y la persona entrevistada.

3.2 Instrumentos de evaluación:

Para la ejecución de la valoración psicológica, tema central del presente estudio de caso se emplearon tres instrumentos, seleccionados por criterio clínico del profesional, a partir de las hipótesis generadas durante la entrevista clínica:

Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II, cuyo autor es Theodore Millon, dicho instrumento fue publicado en 1987, siendo traducido para habla hispana en el años 2002, dicho instrumento permite la evaluación de la personalidad para la toma de decisiones de tratamiento sobre personas con trastornos de la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales, su forma de aplicación es individual y colectiva, el rango de aplicación es de 18 años en adelante, con una duración aproximada de 30 a 40 minutos. Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, que ocupa un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidas en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad; 3 escalas

de personalidad patológica; 6 síndromes clínicos de gravedad moderada; y 3 síndromes clínicos de gravedad severa. De uso clínico. El instrumento fue validado por Solís en población peruana en el año 2007, alcanzando en cuanto a validez una puntuación muy alta de .92, y a nivel de la fiabilidad una puntuación de .80, lo cual indica que la consistencia de la prueba es adecuada para las escalas clínicas (Solís, 2007).

El Test del Dibujo de la Familia (DF), cuyo autor fue Luis Corman, en el año 1961, el instrumento permite medir la relación entre el sujeto y los diferentes miembros de la familia. Su forma de aplicación es individual, el rango de aplicación es de 6 años en adelante, con una duración aproximada de 30 minutos. A través del dibujo y trazo se evalúa conflictos, comunicación, relación, afectos. Su validación para América latina fue desarrollada en México en 2007, por Esquivel Ancona, a partir de ese momento ha sido incluido en diversos países de habla hispana para la evaluación de la dinámica familiar en sujetos de todas las edades (Esquivel, 2007).

Escala de Autoeficacia General (EAG) es un instrumento creado por López & Benavente, en el 2013, para evaluar las creencias acerca de la competencia personal para responder eficazmente frente a diversas situaciones calificadas como estresantes. La EAG se compone de 10 reactivos organizados unifactorialmente con alternativas de respuesta que van de uno a cuatro puntos (incorrecto, apenas cierto, más bien cierto y cierto). La prueba es administrada individual o colectivamente. El instrumento fue estandarizado en población peruana por Grimaldo, Correa y Calderón, en el año 2020, dichos autores destacan una confiabilidad por consistencia interna de coeficientes adecuados, así como evidencias satisfactorias en la relación convergente de la autoeficacia con el afecto positivo y negativo (Grimaldo y otros, 2021).

3.3 Procedimiento de la evaluación:

La paciente fue entrevistada inicialmente por el personal de enfermería del centro de salud mental comunitario, derivada tras la acogida al área de psiquiatría para el desarrollo de su diagnóstico diferencial.

Recibió la debida atención psiquiátrica, dicho profesional estableció su diagnóstico diferencial y precisó los parámetros de tratamiento requerido, así como un plan de trabajo inicial, derivando a la paciente posteriormente al área psicológica, para su respectivo abordaje complementario.

La paciente recibió atención psicológica, en una primera atención psicológica se desarrolló su historia clínica y observación conductual inicial, destacándose las áreas principales a evaluar con el fin de establecer de forma objetiva el plan de abordaje, y en una segunda entrevista se desarrolló la debida evaluación empleando instrumentos señalados en el apartado 3.2, con los respectivos resultados obtenidos.

Es prudente señalar que dicho proceso de evaluación forma parte de un esquema preestablecido en la norma técnica de los Centros de Salud Mental Comunitario, manual desarrollado por el Ministerio de Salud.

3.4 Presunción Diagnóstica del problema:

La evaluación psiquiátrica señaló el diagnóstico de F10.2. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol. Síndrome de dependencia.

3.5 Resultados obtenidos de cada instrumento:

Tras las hipótesis asumidas en la entrevista inicial se programó una segunda sesión donde se evaluaron tres áreas principales, como lo fueron: área familiar, área

socio emocional y área de Personalidad. Para dicha evaluación se emplearon instrumentos con suficiente validez científica.

A nivel de área de personalidad el instrumento empleado fue el Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II, los resultados alcanzados señalaron:

Patrones Clínicos de Personalidad Evitativa, lo que genera dificultad para establecer relaciones interpersonales sólidas y duraderas, pues considera que las demás personas la juzgan o critican de forma constante, por su aspecto, o sus conductas, con excepción de su familia nuclear y un número limitado de amistades, seleccionadas de manera cuidadosa, como lo son sus amistades de consumo, al tener la certeza de que no será rechazada.

Sumado a ello, se suele mostrar desconfiada, desconfianza basada en el temor a involucrarse en responsabilidades o a ser considerada por debajo de los demás, cuando conoce personas, evalúa detalladamente sus movimientos y gestos, interpretando estos en la mayoría de las veces de forma negativista con desconfianza; estas conductas de suspicacia y tensión puede generar risas y mofas de los demás, ello tiende a reforzar una idea negativista de sí misma.

Patología Severa de Personalidad Esquizotípica, lo que genera la preferencia de la evaluada al aislamiento social con muy reducidas responsabilidades y apegos personales, piensa de manera tangencial y frecuentemente aparece ensimismada y reflexiva, suele ser percibida por los demás como extraña o diferente, muestra una cautela ansiosa y falta de afecto.

A nivel de Síndromes Clínicos, obtiene Dependencia de drogas, lo que indica que la paciente ha tenido una historia reciente de abuso de drogas, como ella misma lo señala en la entrevista inicial, al alcohol, tiene dificultades para contener sus reacciones

frente a ciertos estímulos o mantener sus respuestas dentro de los parámetros socialmente adaptativos, mostrando incompetencia para manejar los resultados directos de tales comportamientos, prioriza la necesidad de consumir alcohol por encima de su bienestar o el de las personas importantes a su alrededor, ha tenido intentos por cesar el consumo pero sus recursos psicológicos son insuficientes para lograrlo.

A nivel de área familiar se empleó el Test del Dibujo de la Familia (DF), los resultados señalaron que:

Identifica a los padres como dos figuras de autoridad, de una relación colaboradora y estrecha, sin embargo, no precisa vínculos cercanos, o un apego fluido por ambos o por alguno en específico, lo que refuerza la idea de que los padres cumplían un rol positivo de proveedores, y se preocupaban por satisfacer con sus necesidades, pero no desarrollaron un sentimiento de pertenencia ni lazos afectivos estrechos.

Pese a lo anterior la familia nuclear es quien se preocupó por sus problemas de consumo de alcohol, y es quien actualmente se encuentra a cargo de suplir las necesidades que surgen con los menores hijos de la paciente a causa de sus problemas de consumo.

Finalmente se empleó la Escala de Autoeficacia General (EAG), para evaluar el nivel de área socio emocional los resultados señalaron que:

Se observan en la paciente conductas de ansiedad, sentimientos de frustración, tristeza, soledad, como respuesta a la situación de darse cuenta de su problema para controlar la necesidad del consumo del alcohol.

Se distingue dificultad para adaptarse a las reglas preestablecidas por el grupo social, le es difícil practicar de forma habitual valores o el respeto por las normas, lo

que dificulta la interacción social y un clima favorable en sus relaciones interpersonales con la familia o grupos inmediatos de socialización.

Considera que carece de competencias o recursos psicológicos o emocionales para afrontar de forma adecuada el mundo exterior, lo que genera un bloqueo afectivo, supresión de afectos y emociones por miedo a la actitud de los otros si las expresa. Esto le generaría un exceso de fantasía en su mundo interno, actitud maníaca.

CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN

4.1. PROBLEMA DELIMITADO

Paciente mujer, de 31 años, con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol. Síndrome de dependencia, las principales áreas afectadas son la familiar, área socio emocional y área de Personalidad.

4.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Objetivo general:

- ✓ Deshabitación de las conductas adictivas que dan lugar al consumo compulsivo de alcohol en una paciente mujer de 31 años, a través del fortalecimiento de las áreas de personalidad, familiar y socio emocional.

Objetivos específicos:

- ✓ Generar conciencia de la implicancia del uso de alcohol.
- ✓ Identificar estímulos activadores generadores de situaciones de consumo.
- ✓ Fortalecer las relaciones interpersonales con la familia.
- ✓ Habituar la práctica de técnicas de relajación
- ✓ Habituar la práctica de técnicas de autocontrol emocional.
- ✓ Fortalecer la comunicación eficaz, asertividad y habilidades sociales

- ✓ Favorecer el aprendizaje de técnicas de emergencia para el mantenimiento de la abstinencia.

4.3. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

- ✓ Psicoeducación sobre el uso de alcohol, identificación y manejo de esquemas cognitivos y distorsiones cognitivas.
- ✓ Identificación de estímulos activadores y situaciones de riesgo de consumo.
- ✓ Empleo de técnicas basadas en el condicionamiento clásico:
- ✓ Sensibilización encubierta, a fin de deshabituarse el consumo.
- ✓ Empleo de técnica de relajación muscular progresiva para el manejo de emociones como la ira, ansiedad, tristeza, “craving”.
- ✓ Técnicas de auto verbalización (autoinstrucciones), reforzando la comunicación intra-psíquica.
- ✓ Empleo de técnicas de autocontrol: Identificar situaciones de riesgos y aprender a evitarlas o afrontarlas, identificar secuencias de cadenas de conductas hacia el consumo y romperla por los primeros eslabones, dramatización mediante juego de papeles en un formato de terapia grupal o individual de situaciones de riesgo y ensayo de alternativas.

- ✓ Empleo de técnicas operantes: programas de auto-refuerzos por éxitos graduales, uso del refuerzo familiar y de grupo.

- ✓ Empleo de entrenamiento de habilidades sociales en un contexto de terapia de grupo: Entrenamiento de habilidades sociales, comunicación eficaz, y asertividad en un contexto que simula situaciones reales o posibles.

4.4. EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Tabla 1

Tabla resumen de sesiones

Sesión	Objetivo	Indicador de Logro	Técnicas Empleadas
Sesión N° 01	Generar conciencia de la implicancia del uso de alcohol.	Reconoce de manera fluida las consecuencias que le generó en el pasado el uso de alcohol.	Psicoeducación sobre el uso de alcohol, identificación y manejo de esquemas y distorsiones cognitivas.
Sesión N° 02	Identificar estímulos activadores generadores de situaciones de consumo.	Es capaz de identificar estímulos activadores generadores de situaciones de consumo, estímulos visuales, auditivos, olfatorios, táctiles, gustativos.	Línea base de estímulos activadores. Selección de red de apoyo.
Sesión N° 03	Fortalecimiento de las relaciones interpersonales con la familia nuclear.	Usuaría reconoce el deterioro en sus relaciones interpersonales con la familia, reconoce sus causas, y plantea formas de mejora.	Carta para sus padres.
Sesión N° 04	Habituar la práctica de técnica de relajación muscular progresiva.	Paciente memoriza y ejecuta técnica de relajación muscular progresiva frente a situaciones de ira, ansiedad, tristeza, "craving".	Técnica de auto verbalización que refuerce la comunicación intra-psíquica. Técnica de relajación.
Sesión N° 05	Habituar la práctica de técnicas de autocontrol emocional.	Es capaz de ejecutar técnicas de autocontrol emocional, en juego de roles en un formato individual de situaciones de riesgo y brinda alternativas adecuadas.	Juego de roles en un formato individual de situaciones de riesgo y ensayo de alternativas.

Sesión N° 06	Fortalecer la comunicación eficaz, asertividad y habilidades sociales.	la	Paciente aprende para mejorar comunicación eficaz, asertividad, y la ejecuta de manera adecuada cuando lo requiere.	técnica de visualización asistida.	Técnicas de
---------------------	--	----	---	------------------------------------	-------------

Sesión N° 07	Favorecer aprendizaje técnicas de emergencia para el mantenimiento de la abstinencia	el	Paciente reconoce de manera fluida las técnicas de emergencia adecuadas para situaciones específicas.	de emergencia.	Técnicas de Técnicas operantes.
---------------------	--	----	---	----------------	------------------------------------

Tabla 2
Sesión 01

SESIÓN N° 01	
Generando consciencia	
Técnica	Psicoeducación sobre el uso de alcohol, identificación y manejo de esquemas y distorsiones cognitivas.
Objetivo	Generar conciencia de la implicancia del uso de alcohol.
Duración	45 minutos.
Descripción	Durante esta primera sesión se buscará generar conciencia de la implicancia del uso de alcohol, así como modificar creencias distorsionadas o erróneas en relación con el consumo de alcohol, a través psicoeducación haciendo particular énfasis en la identificación y manejo de esquemas de pensamiento, creencias y distorsiones cognitivas, se planteó como tareas la ejecución de lo practicado en sesión en la vida diaria de la paciente, los días siguientes, hasta la próxima sesión.

Tabla 3
Sesión 02

SESIÓN N° 02	
Identificando estímulos activadores	
Técnica	Línea base de estímulos activadores. Selección de red de apoyo.
Objetivo	Identificar estímulos activadores generadores de situaciones de consumo.
Duración	45 minutos.
Descripción	Se buscará identificar estímulos activadores, generadores de situaciones de consumo, diversos tipos de estímulos visuales, auditivos, olfatorios, táctiles, gustativos.

Tabla 4
Sesión 03

SESIÓN N° 03	
Fortaleciendo mis relaciones con la familia	
Técnica	Carta para los padres.
Objetivo	Fortalecimiento de las relaciones interpersonales con la familia nuclear.
Duración	45 minutos.
Descripción	Se buscará fortalecer las relaciones interpersonales con la familia nuclear, en casos el deterioro alcanzado impida la comunicación fluida se trabajará a través de una carta para sus padres, donde les contará que el inicio de un proceso con el fin de mejorar, en dicha carta debe evitar plantear promesas, únicamente establecer su deseo de mejora, y que lo que requería de su familia, es la motivación de forma diaria, elogiando, con una palabra de afecto, al observar sus logros, o mejoras en sus conductas.

Tabla 5
Sesión 04

SESIÓN N° 04	
Relajarme es importante	
Técnica	Técnica de auto verbalización que refuerce la comunicación intrapsíquica. Técnicas de relajación.
Objetivo	Habituar la práctica de técnicas de relajación.
Duración	45 minutos.
Descripción	Facilitar el aprendizaje de diversas técnicas de relajación, si bien es cierto inicialmente se practicará la técnica de relajación muscular de Jacobson, será necesario habituar a la paciente en diversas técnicas de relajación que permitan afrontar situaciones de ira, ansiedad, tristeza, “craving”.

Tabla 6
Sesión 05

SESIÓN N° 05	
Puedo alcanzar el autocontrol	
Técnica	Juego de roles en un formato individual de situaciones de riesgo y ensayo de alternativas.
Objetivo	Habituar la práctica de técnicas de autocontrol.
Duración	45 minutos.
Descripción	Se buscará habituar la práctica de técnicas de autocontrol, mediante juego de roles en un formato individual de situaciones de riesgo y ensayo de alternativas, a medida que la paciente ejecute el ejercicio, y a este sumaba las técnicas de relajación anteriormente aprendida, la paciente irá adquiriendo un nivel de control favorable.

Tabla 7
Sesión 06

SESIÓN N° 06	
Fortaleciendo la comunicación eficaz y asertividad	
Técnica	Técnica de visualización asistida.
Objetivo	Fortalecer la comunicación eficaz, asertividad y habilidades sociales.
Duración	45 minutos.
Descripción	Se emplearán técnicas de visualización asistida, con ejemplos de casos preparados por el terapeuta, y manejo de la situación, no solo a nivel de respuesta verbal, sino también corporal, se dejará como tarea la práctica de lo aprendido en situaciones reales de vida, que requieran el uso de tales competencias. Reforzándose al finalizar la sesión los avances adquiridos por la paciente.

Tabla 8*Sesión 07*

SESIÓN N° 07	
Mis técnicas de emergencia	
Técnica	Técnicas de emergencia. Técnicas operantes.
Objetivo	Favorecer el aprendizaje de técnicas de emergencia para el mantenimiento de la abstinencia.
Duración	45 minutos.
Descripción	Se buscará promover el aprendizaje de técnicas de emergencia a través de la elección de técnicas para situaciones específicas, mediante ensayo y error, reforzando los logros del paciente cada vez que es capaz de reconocer la técnica idónea para la situación.

4.6. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Durante las sesiones, a fin de monitorear el avance y cumplimiento de los objetivos se evaluaba la fluidez con que ejecutaba las tareas y técnicas asignadas en las sesiones anteriores, las técnicas desarrolladas con fluidez fueron un indicador eficiente de la ejecución práctica y consecuentemente del compromiso de la paciente con el tratamiento.

Debido a la renuencia inicial de la familia, a causa de la inconstancia de la paciente en anteriores tratamientos, mientras se desarrolló el paquete de atenciones se ejecutó el monitoreo del mantenimiento en abstinencia a través de la red de apoyo seleccionada por la paciente.

Al observar que en la séptima sesión se había logrado una mejora en la relación con los padres debido al mantenimiento de su régimen de abstinencia, se inicia el monitoreo con ellos vía telefónica, el primer monitoreo fue al concluir la sesión, el segundo monitoreo fue 15 días después del término de la intervención, y se mantuvo un régimen de llamadas de manera quincenal. A la fecha de presentación del presente caso clínico la paciente se mantiene en abstinencia, y se ha instaurado el régimen de monitoreo telefónico de manera quincenal.

4.7. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Inicialmente se identificó que la paciente presentaba un amplio repertorio de conductas problema en diversas áreas, destacando a nivel de personalidad su dificultad para establecer relaciones interpersonales sólidas y duraderas, tendencia a reforzar una idea negativista de sí misma, aislamiento social con muy reducidas responsabilidades y apegos personales, falta de afecto por sí misma, conductas recientes de abuso de alcohol, dificultades para contener sus reacciones frente a ciertos estímulos o mantener sus

respuestas dentro de los parámetros socialmente adaptativos, prioriza la necesidad de consumir alcohol por encima de su bienestar o el de las personas medianamente importantes a su alrededor.

A nivel del área familiar la paciente antes de la intervención identificaba a los padres como dos figuras de autoridad, de una relación colaboradora y estrecha, sin embargo, no precisa vínculos cercanos, o un apego fluido.

A nivel del área socio emocional se observó inicialmente conductas de ansiedad, sentimientos de frustración, tristeza, soledad, dificultad para adaptarse a las reglas preestablecidas por el grupo social, le es difícil practicar de forma habitual valores o el respeto por las normas, lo que dificulta la interacción social, consideraba que carecía de competencias o recursos psicológicos o emocionales para afrontar de forma adecuada el mundo exterior.

Tras la intervención se observaron modificación en diversas de las conductas iniciales, logrando alcanzar a nivel de personalidad una mejora sólida en las relaciones interpersonales, se fortaleció el autoconcepto positivo de sí misma, debido a que ampliar su círculo social era un factor de riesgo, se optó por consolidar una red de apoyo con dos de sus amigas más cercanas, se logró una disminución significativa en el consumo de alcohol, así como un aprendizaje eficiente de técnicas para el manejo de estímulos activadores, fue capaz de priorizar su bienestar por encima de los reforzadores pasajeros.

Se logró una mejora también a nivel del área familiar, se reafirmó una autoridad saludable de los padres, empezó a ejecutar diversas iniciativas que ayudaron a reestructurar la dinámica familiar, se recuperaron vínculos afectivos perdidos, se

fortaleció la confianza de los padres hacia ella mediante conductas que evidenciaban cambios mantenidos en el tiempo.

Finalmente, en cuanto al área socio emocional se observó una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, mayor motivación y confianza en la capacidad de controlar el consumo de alcohol, se fortaleció su práctica y adaptación a las normas y reglas sociales, y al dotarse de técnicas y recursos psicológicos, para afrontar de manera eficientes diversas situaciones y crisis, se generó una mejora en la calidad de vida en general

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Con el fin de brindar un contexto favorable al presente estudio de caso, se buscó inicialmente, a través de la estadística descriptiva, explicar los niveles o porcentajes de consumo de alcohol en las mujeres en el mundo, en los años recientes, así como los problemas psicológicos acarreados debido a dicho consumo, destacándose la importancia de ahondar en la investigación de la temática.

La investigación tuvo por objetivo principal caracterizar el perfil psicológico e intervención adecuada de una mujer consumidora de alcohol que acude a un Centro de Salud Mental Comunitario. Con el fin de ejecutar una valoración psicológica objetiva, se emplearon técnicas psicológicas, como la observación conductual y la entrevista. De manera complementaria se emplearon instrumentos de evaluación con suficiente validez y confiabilidad, como lo son el Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II, El Test del Dibujo de la Familia (DF), y la Escala de Autoeficacia General (EAG).

La investigación estableció a nivel de área de personalidad Patrones Clínicos de Personalidad Evitativa, lo que genera dificultad para establecer relaciones interpersonales sólidas y duraderas, desconfianza basada en el temor a involucrarse en responsabilidades o a ser considerada por debajo de los demás.

Dichos hallazgos irían de la mano con los obtenidos por Matos et al. (2017), quienes al conocer las alteraciones causadas por el alcohol en la personalidad de los consumidores habituales precisaron que era frecuente observar cambios momentáneos, rasgos de personalidad evitativos, pérdida de interés y motivación por las cosas.

En esa misma línea de análisis se observaron en la paciente patología Severa de Personalidad Esquizotípica, lo que genera la preferencia de la evaluada al aislamiento

social con muy reducidas responsabilidades y apegos personales, piensa de manera tangencial y frecuentemente aparece ensimismada y reflexiva.

Tales resultados reafirmaron los obtenidos por Arrasco (2021), quien afirmó que existe una influencia significativa y positiva de extraversión, neuroticismo y otras patologías severas de la personalidad sobre el consumo de alcohol.

A nivel de Síndromes Clínicos, la evaluación precisa en la paciente dependencia de drogas, lo que indica que la paciente ha tenido una historia reciente de abuso de drogas, como ella misma lo señala en la entrevista inicial, al alcohol, prioriza la necesidad de consumir alcohol por encima de su bienestar o el de las personas importantes a su alrededor, ha tenido intentos por cesar el consumo, pero sus recursos psicológicos son insuficientes para lograrlo.

Dichos resultados refutarían de cierto modo la afirmación de Troncoso (2019), quien señala que los hombres son más propensos a ser adictos al alcohol que las mujeres. Esto tendría una explicación en lo referido por Cáceres et al. (2020), quien afirma que las experiencias de consumo de alcohol se caracterizan primero por el consumo inicial de alcohol a temprana edad, lo que contribuye en la etapa posterior de la adolescencia, que se asocia con el consumo repetido de alcohol en etapas posteriores, y en este caso la paciente inició el consumo de alcohol a los 14 años.

A nivel de área familiar se identificó a los padres como dos figuras de autoridad, de una relación colaboradora y estrecha, sin embargo, no precisa vínculos cercanos, o un apego fluido por ambos o por alguno en específico, lo que refuerza la idea de que los padres cumplían un rol positivo de proveedores, y se preocupaban por satisfacer con sus necesidades, pero no desarrollaron un sentimiento de pertenencia ni lazos afectivos estrechos.

Esto sería un elemento importante de analizar, pues aunque existen factores de riesgo que hacen proclive el uso problemático de alcohol en adolescentes en quienes la supervisión de los padres es escasa, existen otros patrones como el círculo social que brindan las facilidades para el inicio del consumo, lo que a largo plazo generará, como lo señaló Vázquez et al. (2019), patrones de conducta perjudiciales o nocivos no solo para sí mismos, sino también para las personas que los rodean, lo que agudizará los problemas en la relación con los padres, convirtiéndola de distante a conflictiva, debido a las distorsiones adquiridas a causa del consumo.

A nivel de área socio emocional se observó en la paciente conductas de ansiedad, sentimientos de frustración, tristeza, soledad, como respuesta a la situación del darse cuenta de su problema para controlar la necesidad del consumo del alcohol.

Se distingue dificultad para adaptarse a las reglas, carencia de recursos o competencias psicológicos o emocionales para afrontar de forma adecuada el mundo exterior, lo que genera un bloqueo afectivo, supresión de afectos y emociones por miedo a la actitud de los otros si las expresa. Esto le generaría un exceso de fantasía en su mundo interno, actitud maníaca.

Características que reafirmarían los resultados observados tiempo atrás por los investigadores Matos et al. (2017), quienes entre los al analizar el área socio emocional de consumidores habituales destacan nula percepción de los riesgos que ocasiona el alcohol en todos los aspectos de la vida del individuo, además, bajo control emocional, limitados recursos psicológicos para enfrentar situaciones estresantes de la vida cotidiana, así como la habitualidad del consumo de bebidas alcohólicas en busca de soluciones, trastornos del sueño (insomnio) y de la alimentación.

Cabe señalar que los hallazgos alcanzados permitieron identificar que la paciente precisaba de abordaje psicoterapéutico, intervención que se hizo efectiva, a lo largo de siete sesiones, generando un impacto favorable en las conductas desadaptativas presentadas inicialmente, manteniendo el debido monitoreo de forma quincenal a fin de constatar el mantenimiento de la abstinencia, así como la práctica y habituación de las técnicas y tareas enseñadas durante el paquete de atenciones.

El abordaje inició desde el área de personalidad, con técnicas como psicoeducación, identificación y manejo de esquemas y distorsiones cognitivas, juego de roles en un formato individual de situaciones de riesgo y ensayo de alternativas. Cada una de estas técnicas, al favorecer el nivel de conciencia, y habitar la práctica de autocontrol emocional, tuvo un impacto inicial, importante en cuanto al fortalecimiento del autoconcepto positivo de sí misma y los patrones distorsionados de la personalidad. Por otro lado, debido a que ampliar su círculo social era un factor de riesgo, se optó por consolidar una red de apoyo con dos de sus amigas más cercanas, se generando una disminución significativa en el consumo de alcohol, así como un aprendizaje eficiente de técnicas para el manejo de estímulos activadores, fue capaz de priorizar su bienestar por encima de los reforzadores pasajeros, consolidándose un avance significativo que favoreció el mantenimiento de la abstinencia, y contribuyó a la disminución de los esquemas de pensamientos atribuibles a los patrones de personalidad psicopatológicos observados inicialmente.

Los resultados alcanzados tendrían un fundamento teórico en investigaciones como la de Barba et al. (2022), donde analizó la relación entre las características de los trastornos de personalidad y la ingesta alcohólica en jóvenes de 17 a 30 años. Sus resultados precisaron el trastorno esquizotípico dentro de los trastornos de personalidad con mayor incidencia en el consumo de alcohol debido a sus conductas patológicas

características, así mismo señalaron las características evitativas, impulsivas, y ansiosas, como las más frecuentes en las mujeres con un consumo problemático de alcohol, destacándose la importancia del abordaje de dichas conductas, de forma consecutiva, a fin de lograr un impacto en la psicopatología del sujeto.

A nivel del área familiar, las técnicas empleadas incluyen la técnica de la carta de la terapia narrativa, direccionada a aperturar el fortalecimiento de las relaciones interpersonales con la familia nuclear asumiendo el rol que le corresponde a cada integrante, técnica de auto verbalización que reforzó la comunicación intra-psíquica, y la técnica de relajación, que favoreció el manejo de situaciones de tensión. El impacto de estas técnicas se observa en los resultados alcanzados, los cuales evidencian una reafirmación de la autoridad saludable de los padres, empezó a ejecutar diversas iniciativas que ayudaron a reestructurar la dinámica familiar, se recuperaron vínculos afectivos perdidos, se fortaleció la confianza de los padres hacia ella mediante conductas que evidenciaban cambios mantenidos en el tiempo.

El impacto de la mejora en esta área dentro del proceso de la deshabitación del consumo del alcohol en la paciente tendría una base científica consistente en investigaciones como la de Hernández y Urbina (2021), quienes en su estudio que antecede al presente encontraron correlación inversa entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar, evidenciando de este modo que el nivel de consumo de alcohol alto está presente a medida que el nivel de funcionalidad familiar es más deficiente, enunciado con bases lógicas, debido a que la funcionalidad familiar dota al sujeto de recursos y competencias para situaciones cotidianas no solo intrafamiliar, que van desde la resolución de problemas, toma de decisiones, responsabilidad, madurez y estabilidad emocional, como lo señala Smilktein (1978), es por ello que al existir niveles bajos o deficientes de funcionalidad familiar se hacen presentes en el sujeto conflictos,

problemas de conducta, violencia, habituación al consumo de alcohol, y al fortalecerse los niveles de funcionalidad familiar, esto jugaría un rol fortalecedor dentro del proceso de deshabituación mencionado inicialmente.

Finalmente, en cuanto al área socio emocional se trabajó a través de técnicas como visualización asistida, juegos de roles, reestructuración cognitiva, técnicas operantes (de activación conductual y relajación), como consecuencia de su eficacia se observó una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, mayor motivación y confianza en la capacidad de controlar el consumo de alcohol, se fortaleció su práctica y adaptación a las normas y reglas sociales, y al dotarse de técnicas y recursos psicológicos, para afrontar de manera eficientes diversas situaciones y crisis, se generó una mejora en la calidad de vida en general.

Dicho impacto favorable dentro del proceso de deshabituación del consumo habría sido advertido tiempo atrás por el autor Vicuña (2019), quien señaló que la propensión al consumo de alcohol de las jóvenes está relacionada en parte importante a los niveles favorables de madurez socioemocional de las adolescentes, es debido a ello que las adolescentes con mayor madurez socioemocional muestran tener una menor propensión al consumo de alcohol. Consecuentemente al fortalecer las competencias en esta área habría un declive en el consumo habitual de alcohol, favoreciéndose potencialmente su deshabituación.

Es frente a dichas condiciones ya analizadas en anteriores investigaciones que se observó conveniente la ejecución de técnicas como la visualización asistida, con el fin de fortalecer la comunicación eficaz, asertividad y habilidades sociales, así como técnicas de emergencia y operantes, buscando favorecer el aprendizaje de técnicas de emergencias para el manejo de crisis de abstinencia, y un desarrollo adaptativo en los contextos sociales. Al ser incluidas en la vida cotidiana de la paciente dan como

resultado una mejora a nivel de las áreas deseadas, constatándose la eficacia de la selección.

Es importante hacer notar en este punto de la investigación que si bien es cierto las técnicas seleccionadas demostraron eficiencia para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos trazados, su adopción no fue deliberada, sino que se rigió en una rigurosa selección de técnicas cuyo impacto fue objeto de investigación científica y demostró eficiencia en la replicación, dicha planificación formó parte también de principios elementales del aprendizaje y comportamiento humano, adoptándose bibliografía recomendada por la misma American Psychology Association (Malott y otros, 2003), es debido a ello que se parte con técnicas como la psicoeducación para la identificación de estímulos activadores y situaciones de riesgo de consumo, reestructuración cognitiva, técnica de relajación muscular progresiva, auto verbalización (auto instrucciones), auto refuerzos por éxitos graduales, incluyendo en el momento propicio el entrenamiento de habilidades sociales, comunicación eficaz, y asertividad bajo visualización guiada por el terapeuta (Becoña y Cortés, 2010).

Conclusiones

- ✓ Para la ejecución de la valoración psicológica del estudio de caso se emplearon técnicas como la observación conductual y la entrevista, e instrumentos como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II, El Test del Dibujo de la Familia (DF), y la Escala de Autoeficacia General (EAG).
- ✓ La paciente evaluada para el estudio de caso presenta Patrones Clínicos de Personalidad Evitativa, Patología Severa de Personalidad Esquizotípica, y Síndrome Clínico de dependencia de drogas, concordante con su consumo de alcohol.
- ✓ A nivel familiar la evaluada, aunque identifica a los padres como dos figuras de autoridad, de una relación colaboradora y estrecha, no precisa vínculos cercanos, o un apego fluido por ambos o por alguno en específico.
- ✓ A nivel del área socio emocional, la paciente presentó conductas de ansiedad, sentimientos de frustración, tristeza, soledad, como respuesta a la situación del darse cuenta de su problema para controlar la necesidad del consumo del alcohol.
- ✓ Los resultados obtenidos evidenciaron un impacto consistente favorable en la deshabitación del consumo del alcohol, lo que permitió mejoras en las áreas observadas como problemáticas inicialmente, como lo fueron personalidad, familia, y área socio emocional.
- ✓ Pese al cumplimiento de los objetivos terapéuticos es recomendable dar seguimiento de forma periódica al caso a fin de favorecer el mantenimiento de la abstinencia.

Recomendaciones

- ✓ Se recomienda la replicación del presente estudio de caso en otras regiones, en pacientes con diferentes características, modelos familiares, niveles socioeconómicos, etc.
- ✓ Se observa como necesaria la caracterización de pacientes a partir de una exploración de mayor minuciosidad, no solo para pacientes mujeres con consumo problemático de alcohol, sino otras drogas.
- ✓ Se recomienda usar los resultados obtenidos en la presente investigación, como material de consulta, y soporte de próximas investigaciones, debido a que la presente investigación ha sido desarrollada en una sólida base de los criterios científicos que dicta la investigación formal.
- ✓ Se recomienda la adopción de las técnicas seleccionadas en el presente trabajo como eje guía de próximas intervenciones, pues la presente investigación, así como diversas que la anteceden, evidencian eficiencia en cuanto a su impacto en el proceso de deshabitación del consumo de alcohol.

ANEXOS

Evaluación Psicológica

Filiación:

Apellidos : C.P
Nombres : K
Sexo : Femenino
Lugar de Nacimiento : Sullana – Perú
Fecha de Nacimiento : 22-11-1989.
Edad : 31 años
Grado de Instrucción : Secundaria Completa
Ocupación : Ama de casa
Religión : católica
Dominancia : Diestra
Lugar : Sullana
Fecha de la evaluación : 22/11/2022

Motivo de la Evaluación: Relato

La usuaria refiere: “Yo inicie mi consumo de alcohol a los 14 años, con mis amigos del colegio, estaba en tercero de secundaria, mi colegio tenía talleres, áreas técnicas, y a veces al salir de esos talleres íbamos a tomar a casa de una amiga, sus papás traían gasolina y medicinas de ecuador y normalmente estaban de viaje, por eso íbamos ahí, tomábamos en ese entonces el 3 X de vodka con gaseosa, y cerveza, a mí no me gustaba mucho el 3 X, siempre he sido más de cerveza, tomábamos desde las 4 hasta 7 más o menos, yo llegaba un poco picada a mi casa, pero mi mamá trabajaba en el hospital, era enfermera, y llegaba 8 o 9, entonces yo avanzaba a dormir un rato, y luego que ella llegaba ya comía, no me sentía el olor porque un profesor en el colegio nos contó que si comíamos un plátano no nos sentirían el olor cuando tomábamos, así que probamos y funcionó, obviamente que habían semanas que no podíamos tomar porque no teníamos

dinero, pero si lo hacíamos seguido y recuerdo que siempre me ha gustado más la cerveza. Ya en cuarto de secundaria aumentaron los problemas porque en ese entonces en Sullana habían unas discotecas que abrían de tarde, Bla Holl recuerdo que se llamaba una, a esa íbamos, tomábamos, yo siempre pedía permiso a mi mamá para irme a hacer trabajos y no se daba cuenta porque su horario siempre era hasta tarde, así que llegaba del colegio, me cambiaba y me iba, pero una vez que regresaba justo bien borracha me la encontré, las vecinas ya le habían contado porque una amiga mía que su mamá tenía una tienda me contó, y justo mi mamá había pedido permiso y me la encontré en la casa, me gritó, me cacheteo, me baño con agua fría, y me amenazó con ir al colegio a decirle a la directora, para que nos voten a mí y a mis amigos, pero yo sabía que el tiempo no le daba, y además ella era enfermera y mi papá médico, así que no iban a hacer escándalos, siempre se cuidaban de eso. Yo paré un tiempo, pero luego seguí, con más cuidado obvio, ya trataba de no llegar borracha a mi casa, antes de llegar tomaba agua, plátano y masticaba cáscara de mandarina para quitarme el aliento a trago. En el colegio no tenía problemas porque no incumplía las tareas, era inteligente y sacaba buenas notas, y además los profesores me trataban bien porque conocían a mi papá. En quinto como a mis papás les seguían llegando comentarios, vino a vivir a la casa mi abuela, la mamá de mi papá, con ella me llevaba de maravilla, y en vez de molestarse cuando llegaba borracha me cubría para que mis papás no me riñan, les decía que era una etapa que ellos también tuvieron su etapa, incluso contaba cuando estaba molesta, las veces en que mi papá le hizo alguna travesura. Cuando termine el colegio empecé a tomar más, mi papá quería que ingrese a la universidad así que me metieron a IDEPUN, mejor para mí porque ahí conocía a amigos con quienes tomar, a veces salíamos de clases, yo les decía a mis papás que me iba a quedar estudiando con mis amigos y nos íbamos a tomar a casa de un pata, el chico era del santa rosa y sus papá tenían una empresa de

exportación de menestras, así que no estaban sus papás y cuando llegaban no se hacían problema, además que estaban separados sus papá y siempre trataban de congraciarse con él. En ese tiempo ya empecé a mezclar, tomaba cerveza y ron y whisky, pero siempre me caía mal, vomitaba, y me tiraba a dormir en un mueble mientras los demás seguían tomando, así que yo evitaba el trago corto y me quedaba sola con la cerveza. En ese entonces era bien flaquita, bueno no flaquita tenía mi cuerpito, pero por la cerveza poco a poco me empezó a salir panza. Luego postulé a la nacional, no ingresé, ninguno de mis amigos ingresó, y por la tristeza nos tiramos una borrachera el día que salimos del examen desde la 1 más o menos, hasta la noche. Ese ese tiempo había conocido a un chico, una vez que habíamos estado tomando en una cevichería, en la panamericana, la cevichería se llamaba El Punto Rojo, era el hijo de la dueña, se llamaba Luis pero le decían Lucho, no me gustaba pero nos invitaba cerveza y mis amigos me hacían corralito con él, pero a mí no me gustaba, pero por mis amigos de vez en cuando íbamos, hasta que conocí a uno de sus amigos, el chico era amigo de Lucho de años, se llama Jorge, era seguridad, trabaja en la empresa de su tío, y el sí me gustó, empezamos a salir y salí embarazada de él, yo me di cuenta que a los dos meses que estaba embarazada, porque era bastante irregular, pero ya me empezaron las náuseas y no podía comer todo vomitaba, mi papá pensaba que estaba enferma del hígado por tanta cerveza, pero me hice prueba de embarazo y salió positivo, mi papá no lo tomó tan mal como mi mamá, ella se molestó y me dejó de hablar cerca de un mes, pero mi papá en cambio quería que vayamos a vivir ahí a la casa con Jorge, pero finalmente nos fuimos a la casa de Jorge, las primeras semanas bien, no había problemas con su mamá, y es en esa época que yo me doy cuenta que tenía un problema con el alcohol, porque después de dos semanas sin probar cerveza me moría por tomar, incluso entre semana en el almuerzo me tomaba hasta dos cervezas negras que era lo único que Jorge me dejaba

tomar de alcohol. Hasta que no resistí más y una vez que su mamá se había ido de viaje a Lima a casa de una de sus hijas me compré dos six pack y me puse a tomar solita en la casa, Jorge regresó tarde, a las 11 de la noche más o menos, y me encontró bien borracha, me pegó, y yo me caí y perdí al niño, tenía ya algo de 4 meses, me llevó al hospital me hicieron de grado. Después de eso regresé a vivir a casa de mis papás, me alejé de él y lo último que supe de él es que estaba trabajando en una mina. Después de eso mis papás dejaron de molestarme cuando tomaba, ya no me exigían que estudie ni nada, pasaron unos meses y yo seguí saliendo, tomaba, tenía parejas eventuales, nada serio, hasta que dos años después más o menos, conocía a Ilde, con él tuve tres hijos, dos mujeres, Claudia y Norma, y un varón Snaider, durante el embarazo de mis dos hijas paré la mano un tiempo, si tomaba cerveza negra dos o tres veces por semana en el almuerzo, y como le decía que era antojo de las bebés no me decía nada, pero una vez que nacían yo las dejaba con la mamá de él o mi mamá y me iba con mis amigas a tomar y bailar, siempre tuve problemas con eso, porque a él no le gustaba tomar, no me pegaba pero discutíamos feo, yo cuando ya no sabía que hacer me ponía a llorar y él ya se tranquilizaba, me pedía disculpas, yo le prometía que ya no lo iba a hacer, paraba un par de semanas, pero de nuevo volvía, siempre me ganaban las ganas de tomar. En mi último hijo Snaider Allen ya me fue más difícil, salía a tomar incluso embarazada, mi mamá se molestaba mi papá de vez en cuando me caía a la casa para ver si estaba tomando, me trataban de controlar más, pero yo siempre les sacaba la vuelta, algún día que Ilde se iba a trabajar lejos yo me ponía a tomar solita, me iba al Maby Market a hacer las compras de la semana y me compraba mis six pack de cerveza, los ponía a helar y que rico que era cuando me ponía a tomar, sentía calma, paz. Cuando nació Snaider ya no mandaba a mis hijas a donde las abuelas, ya estaban grandes y se quedaban ayudándome a cuidarlo, yo igual me iba con mis amigas a tomar cuando Ilde

se iba a trabajar, él consiguió un trabajo en la pesca, así que a veces se iba a Paita o Chimbote y yo ahí aprovechaba. Pero últimamente en mi vida han aumentado los problemas Snaider ya se va por los tres años, Claudia se va por los 10 años y Norma por 6 años, tanto que salía cuando Ilder no estaba y los vecinos se daban cuenta, hasta que le contaron y una vez que supuestamente se había ido a Chimbote, y yo salí, al regresar bien mareada él estaba en la casa, cuando llegué mis hijas bien alegres me recibieron diciendo que su papá había regresado, él me reclamó porque dejaba a los niños solos para irme a tomar, me pegó me dejó toda ensangrentada y se fue de la casa con las niñas, y me puso una denuncia para quitármelas, gracias a Dios mi papá me ayudó para recuperarlas, pero me hizo prometerle que yo dejaría de tomar. Yo he tratado de dejar de tomar, pero no puedo, a veces para que no se den cuenta me voy a tomar cuando ya están dormidas, y los dejo con llave, mis amigas me dicen que eso es peligroso y yo sé pero no puedo dejar de tomar, yo intentó pero me gana la angustia por tomar, hay días que dejo de tomar, y cuando vuelvo a tomar con el primer vaso que alivio que siento, por eso he venido, porque no quiero perder a mis hijas ni a mi hijo, y quiero lograr ya no tomar más”.

Escalas de Validez									PUNTAJE			
V	Validez	0	=	Válido						FINAL		
X	Sinceridad	454	=	Válido						216	X	
Y	Deseabilidad Social	20	=							90	Y	
Z	Autodescalificación	8	=							55	Z	
		PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES				PUNTAJE		
Patrones clínicos de personalidad		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL	
1	Esquizoide	28	81	77							77	1
2	Evitativo	37	103	99		99					99	2
3	Dependiente	36	85	81							81	3
4	Histriónico	39	78	74							74	4
5	Narcisita	44	88	84							84	5
6A	Antisocial	35	77	73							73	6A
6B	Agresivo-sádico	26	56	52							52	6B
7	Compulsivo	44	80	76							76	7
8A	Pasivo-agresivo	30	71	67							67	8A
8B	Autoderrotista	25	74	70		70					70	8B
Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	40	84		82		84	84	84		84	S
C	Borderline	32	68		66	66	68	68	68		68	C
P	Paranoide	41	73		71			71	71		71	P
Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	3	20	16			18	18	18		18	A
H	Somatoformo	6	48	44			46	46	46		46	H
N	Bipolar	26	60	56							56	N
D	Distimia	10	30	26			28	28	28		28	D
B	Dependencia de alcohol	24	69	65							65	B
T	Dependencia de drogas	46	89	85							85	T

EJECUCIÓN DE LAS SESIONES DE ABORDAJE

Primera Sesión

Con el objetivo de deshabituarse las conductas adictivas que dan lugar al consumo compulsivo de alcohol en una paciente mujer de 31 años, a través del fortalecimiento de las áreas de personalidad, familiar y socio emocional, se inicia el abordaje psicoterapéutico el día 26 de diciembre del 2022, por indicación del área de psiquiatría del centro de salud mental comunitario, después de haber concluido con el respectivo proceso de acogida e historia clínica psicológica.

Durante esta primera sesión se buscó generar conciencia de la implicancia del uso de alcohol, así como modificar creencias distorsionadas o erróneas en relación con el consumo de alcohol, a través psicoeducación haciendo particular énfasis en la identificación y manejo de esquemas de pensamiento, creencias y distorsiones cognitivas, se planteó como tareas la ejecución de lo practicado en sesión en la vida diaria de la paciente, los días siguientes, hasta la próxima sesión.

Segunda Sesión

La segunda sesión de abordaje se desarrolló el día 05 de enero de 2023, esta sesión se erigió sobre la identificación de estímulos discriminativos generadores de situaciones de consumo, identificando diversos tipos de estímulos visuales, auditivos, olfatorios, táctiles, gustativos.

Debido al amplio repertorio de estímulos identificados, fue necesario complementar la sesión con técnicas de emergencia, como tarjetas flash, estímulos visuales en la muñeca, y selección de personas cercanas, que sirvan como red de apoyo y contención en situaciones de emergencia, se hizo remembranza a la ya trabajada psicoeducación, y se dejó como tarea el explicar su proceso a las personas que serían incluidas en este red,

así como la metodología de trabajo, y el rol tan importante que jugarían, a fin de lograr apoyo y compromiso.

Tercera Sesión

La tercera sesión se desarrolló el día 11 de enero de 2023, al iniciar la sesión se identificó que la paciente había ejecutado de manera eficiente las técnicas de emergencia, y era capaz de reconocer de forma fluida los estímulos activadores con los que se había encontrado durante la semana.

La paciente señaló también que había recibido una respuesta favorable en las tres personas a quienes incluyó como red de soporte (dos amigas y una prima), el apoyo brindado había generado motivación en ella.

Debido al avance identificado se aperturó el trabajo en el fortalecimiento de las relaciones interpersonales con la familia nuclear, relaciones que se han ido deteriorando a medida que la paciente ha tenido crisis de abuso del alcohol, o intentos fallidos de discontinuar su consumo.

La paciente refirió que no sería posible hablar o llegar a acuerdos, porque nadie en su familia confiaba en ella, por lo que se le planteó como alternativa el escribir una carta para sus padres, donde les contaría que había iniciado un proceso con el fin de mejorar, en dicha carta la madre debía evitar plantear promesas, únicamente establecería su deseo de mejora, y que lo que requería de su familia, era que motiven de forma diaria, elogiando, con una palabra de afecto, al observar sus logros, o mejoras en sus conductas.

La carta se ejecutó durante la sesión y la tarea asignada, era encontrar un momento idóneo para hacer la entrega de ella a sus padres.

Cuarta Sesión

La cuarta sesión se desarrolló el día 24 de enero de 2023, al iniciar la sesión se valoró el avance observado por la paciente, se constató acerca de la ejecución de la técnica, la paciente refirió que la había entregado durante la cena, al día siguiente de la sesión anterior, tras ello se despidió de sus padres y se fue a dormir, no observó cambio alguno en sus padres durante los días siguientes.

A fin de evitar que el bajo impacto generado en los padres haga retroceder a la paciente antes de continuar con los objetivos programados para la sesión se brindó una técnica de auto verbalización, reforzando la comunicación intra-psíquica, a fin de que sea capaz de motivarse a sí misma a partir de los logros alcanzados día a día.

Tras ello, y al observar una mayor predisposición al trabajo, se aperturó el aprendizaje de técnicas de relajación, si bien es cierto inicialmente se practicó la técnica de relajación muscular de Jacobson, es necesario habituar a la paciente en técnicas de relajación que permitan afrontar situaciones de ira, ansiedad, tristeza, “craving”.

Por lo que, tras enseñar a la paciente una técnica de respiración 4x4, se utilizó la visualización asistida de situaciones de riesgo alto, a fin de que la paciente alcance el nivel de ansiedad idóneo para la práctica de la técnica de respiración 4x4, se complementó el trabajo con un espejo, bajo la consigna de que la paciente debía observar sus movimientos, mientras se desarrollaba la visualización asistida, a fin de volver a su estado inicial, los movimientos o posturas que iba adquiriendo a medida que iban surgiendo emociones desagradables.

Al finalizar la sesión, se dejó como tarea la práctica de los ejercicios ejecutados en la sesión en casa, a solas, en un espacio de tranquilidad, frente a un espejo.

Quinta Sesión

La quinta sesión se desarrolló el día 24 de febrero de 2023, la paciente llegó en un estado de tristeza notorio, señaló que ha sido muy difícil el mantenimiento de la abstinencia, afirma que tal vez por las pastillas que le recetó el psiquiatra inicialmente (valproato de sodio y gabapentina), fue llevadero sus primeros meses, pero ahora que han reducido su ingesta de 2 veces al día, a una única dosis, ha aumentado la ansiedad, sumado a ello la indiferencia de los padres ha continuado, su grupo de apoyo ha sido un elemento crucial en varias ocasiones, ha procurado mantener la prácticas de las técnicas de relajación y auto verbalización, se distingue que su discurso es genuino, porque es capaz de describir su proceso a detalle.

En vista de las conductas presentadas por la paciente, en esta sesión se buscó habituar la práctica de técnicas de autocontrol, mediante juego de roles en un formato individual de situaciones de riesgo y ensayo de alternativas, a medida que la paciente ejecutaba el ejercicio, y a este sumaba las técnicas de relajación anteriormente aprendida, la paciente iba adquiriendo un nivel de control favorable.

Se dejó como ejercicio la práctica de lo aprendido durante los días siguientes, hasta la próxima sesión.

Sexta Sesión

La sexta sesión tuvo lugar el día 03 de marzo de 2023, a esta sesión la paciente llegó con un mejor semblante, refirió que a medida que ejecutaba las técnicas, iba mejorando su control, y aprovechaba para emplear las auto verbalizaciones, y motivarse a sí misma.

Sumado a ella, salió a almorzar con dos de sus amigas de su red de apoyo, y estas reconocieron su esfuerzo y avance, lo que la motivó de manera importante.

Se planteó en esta sesión como objetivo el fortalecimiento de la comunicación eficaz, asertividad lo que de forma directa tendrá un impacto a nivel de las habilidades sociales de la paciente.

Para ello se emplearon técnicas de visualización asistida, con ejemplos de casos preparados por el terapeuta, y manejo de la situación, no solo a nivel de respuesta verbal, sino también corporal, se dejó como tarea la práctica de lo aprendido en situaciones reales de vida, que requieran el uso de tales competencias. Reforzándose al finalizar la sesión los avances adquiridos por la paciente.

Séptima Sesión

La séptima sesión se desarrolló el día 10 de marzo de 2023, en esta sesión se buscó promover el aprendizaje de técnicas de emergencia a través de la elección de técnicas para situaciones específicas, mediante ensayo y error, reforzando los logros del paciente cada vez que es capaz de reconocer la técnica idónea para la situación.

La paciente señaló la necesidad de dichas técnicas, comprometiéndose a su ejecución de manera frecuente.

Al finalizar esta sesión se planteó a la paciente que se iniciaría un monitoreo de 1 a 2 veces al mes, en vista de los logros alcanzados, aperturando la posibilidad de programar una sesión de emergencia solo en ocasiones donde los niveles de ansiedad sean muy altos.

SUSTENTO TEÓRICO DE TÉCNICAS EMPLEADAS

Existe un amplio soporte científico que avala la eficacia de las técnicas psicológicas en el tratamiento de la drogadicción. Dicha eficacia se fundamenta en la evidencia que ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas son conductas operantes y que las contingencias juegan un papel determinante en la explicación de las mismas.

Los programas cognitivo-conductuales (Cognitive-Behavioral Treatment, CBT) se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta de consumir drogas. Los déficits en habilidades de afrontamiento y determinadas cogniciones desadaptadas son considerados como el mayor factor de riesgo para el uso de drogas.

Como la terapia cognitiva del abuso de sustancias es una tarea de comunicación entre el terapeuta y el paciente, es esencial que los pacientes adquieran una comprensión conceptual de los componentes más importantes de dicho modelo, como entender las asociaciones y las relaciones entre la cognición, el afecto, la conducta, el craving y la utilización de las drogas. Los pacientes necesitan aprender acerca del fenómeno de los pensamientos automáticos y de los elementos más importantes para comprobar dichas hipótesis.

Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es un procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo. El planteamiento que subyace a esta estrategia terapéutica es que el paciente carece de habilidades adecuadas para enfrentarse con situaciones sociales e interpersonales de la vida

cotidiana. Estas deficiencias pueden conllevar la aparición de condiciones de estrés que dificulten un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para beber alcohol o usar otro tipo de drogas. El objetivo principal de este tipo de intervenciones es dotar al paciente de las suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan el deseo intenso de beber.

Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, asertividad y expresión de emociones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995).

Los Esquemas Cognitivos

Son estructuras nucleares de significado personal, eventos y cosas. Se encuentran estructurados en la memoria a largo plazo, son el centro de los procesos cognitivos y contienen todo el andamiaje cognitivo de las personas.

Los esquemas se desarrollan en edades tempranas, se van reforzando a lo largo del tiempo y se consolidan en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta a través de procesos mentales como la asimilación y la acomodación, lo que le proporciona nuevos y duraderos aprendizajes.

Distorsiones Cognitivas

“Las distorsiones cognitivas son manifestaciones de procesos cognitivos, transforman la información que llega del exterior consiguiendo que los esquemas cognitivos permanezcan intactos. Las distorsiones cognitivas provocan procesos de asimilación y mantienen la homeostasis” (Robert D. Friedberg, McClure, 2005). Las

distorsiones cognitivas hacen referencia a la disfunción del pensamiento a la hora de extraer conclusiones de la realidad a través de los pensamientos automáticos; es así que podemos distinguir las siguientes distorsiones cognitivas.

- Filtraje: se caracteriza por que el individuo presenta una visión de túnel es decir da atención únicamente a los factores negativos.
- Pensamientos polarizados: aquí se sobre valora a las cosas es decir existen dos puntos lo bueno o malo no hay término medio.
- Interpretación del pensamiento: el sujeto establece conclusiones de los demás en base a simples actos.
- Visión catastrófica: en esta distorsión la persona acostumbra a pensar en desastres para ella todo terminará en algo catastrófico.
- Falacia del control: el sujeto en esta distorsión cognitiva se siente responsable de todo lo que sucede a su alrededor.
- Razonamiento Emocional: la persona cree que lo que siente es verdadero; aquí es preciso establecer que las emociones por sí solas no tienen valor es imprescindible conocer los pensamientos que provoca ciertas emociones.

Pensamientos Automáticos.

“Son imágenes o pensamientos que forman parte del flujo de conciencia que varían en función de la situación y pasan por la mente de las personas cuando sucede un cambio en su estado de ánimo”. (Robert D., et al. 2005)

Es decir, los pensamientos automáticos de cada uno de nosotros son consecuencias de nuestros pensamientos, los mismos que se presentan de forma ininterrumpida y repentina en nuestra mente.

“Los pensamientos automáticos son capaces de generar las emociones más intensas. Además de ofrecer un nivel de veracidad total, fuera de toda conciencia, se caracterizan por su dramatismo. Sus valoraciones son extremas, muy buenas o muy malas”. (Farre, 2011).

Los pensamientos automáticos se ocasionan cuando el ser humano establece juicios, interpretaciones negativas y poco realistas que generan diferentes estados de ánimo, por tal motivo estos se activan involuntariamente, produciendo un efecto en el estado cognitivo del ser humano.

El Craving

El craving por drogas ha sido conceptualizado como ‘querencia’ o ‘apetencia’ por re-experimentar los efectos de una droga, como un fuerte ‘deseo’ subjetivo, como un deseo o ‘ansia’ irresistible, como un pensamiento o ‘requerimiento obsesivo’, como la ‘búsqueda de alivio’ ante las sensaciones de un síndrome de abstinencia, como un ‘incentivo motivacional’ para la auto-administración de drogas, como ‘expectativas’ hacia los efectos positivos, o como un ‘proceso cognitivo no automático’.

Las Creencias

Las creencias se definen como estructuras cognitivas relativamente típicas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia. En la terapia cognitiva se suele proponer que las creencias tienen una influencia enorme en los sentimientos y en las conductas. Por ejemplo, los pacientes deprimidos tienen puntos de vista negativos y globales hacia sí mismos, el mundo y el futuro. Estas creencias influyen en sus

«caimientos de desesperación, culpa y tristeza (Beck y otros, 1979). Las creencias negativas también contribuyen en conductas depresivas. En el caso de los trastornos de ansiedad, los pacientes arríen creencias aprensivas y negativas acerca de alguna amenaza del futuro que contribuya a la evitación, ansiedad y puede que al pánico (Beck * otros, 1985).

Hay al menos tres tipos de creencias pertinentes en el caso de los pacientes con abuso de sustancias: anticipadoras, orientadas hacia el linio y facilitadoras o también denominadas permisivas. Tal y como ¿escribimos en los capítulos 2 y 3, las creencias anticipadoras comprenden expectativas de recompensa, tales como: «Esta noche haremos una gran fiesta. ¡No puedo esperar a colocarme!». Las creencias relacionadas con el alivio son aquellas que suponen que la utilización de las drogas acabará con un estado de malestar determinado, por ejemplo: -No puedo soportar el aislamiento. Necesito un pico». Y finalmente, las creencias facilitadoras o permisivas son aquellas que consideran que tomar drogas es aceptable, a pesar de las posibles consecuencias; por ejemplo: «Sólo las personas débiles tienen problemas con las drogas. Eso no me ocurrirá a mí». Las creencias permisivas también tienen mucho en común con lo que denominamos, más frecuentemente, como «racionalizaciones». Los pacientes tienen pensamientos destinados a «justificar» su consumo de drogas: -Tengo que tomar cocaína o no seré capaz de concentrarme en mi trabajo». Este pensamiento es equivalente a auto-engañarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahumado, J., Gámez, M., & Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.
- Alcande, G., Alcázar, R., Angoso, M., Arenas, M., Arias, M., & Arribas, P. (2021). 2020 Hemodialysis Units Guideline. *PubMed*, 10(1), 1-78. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.011>
- Arrasco, N. (2021). *Influencia de los rasgos de personalidad sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Lima en época de pandemia por la COVID-19*. Universidad San Ignacio de Loyola.
- Azkona, G., Beitia, G., Muñoz, M., Pascual, E., & Vegas, O. (2018). *Fundamentos de neurociencia conductual*. Universidad del País Vasco.
- Cáceres, D., Cáceres, C., Colimil, F., & Ramirez, D. (2020). Análisis interdisciplinar con perspectiva de género del alcoholismo en mujeres. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(1), 561-583.
- Esquivel, F. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. El Manual Moderno.
- García, G., García, O., & Secades, R. (Agosto de 2016). Neuropsicología y Adicción a Drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32(2).
- Grimaldo, M., Correa, J., & Calderón, G. (2021). Evidencias psicométricas de la Escala de Autoeficacia General (EAG) en universitarios peruanos. *Ansiedad y Estrés*, 21(1), 132-139.
- Matos, Y. (2017). Presentación de caso de alcoholismo. *Investigación y comunicación de excelencia en ciencias de la salud*, 96(4), 741-747. <https://doi.org/ISSN1028-9933>

- Ministerio de Sanidad . (2020). Recuperado el 21 de Marzo de 2022, de Plan Nacional sobre Drogas:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/home.htm>
- NIDA. (2018). Depresores del sistema nervioso central (SNC) de prescripción médica. *DrugFacts*, 16(2), 268-274.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (Julio de 2009). Policonsumo de drogas: patrones y respuestas. *SCielo*, 18(3).
- Organización Mundial de la Salud. (9 de Mayo de 2022). *Who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Nuevo estudio de la OPS/OMS indica que 85 mil personas al año en las Américas pierden la vida exclusivamente por consumo de alcohol*. Organización Mundial de la Salud.
- Salud, O. P. (2021). *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la región de las Américas 2020*. Organización Mundial de la Salud.
- Sánchez, J. (2018). *Perfiles psicosociales de personas consumidoras de cerveza*. Universidad ICESI.
- Soler, J., Aparicio, L., Díaz, O., Escolano, E., & Rodriguez, A. (2016). *Inteligencia emocional y bienestar II*. Asociación Aragonesa de Psicopedagogía.
- Solís, C. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI- II): Validez y Confiabilidad en Pacientes de Dos Hospitales de Salud Mental de Lima Metropolitana*. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Troncoso, M. (2019). *Diferencias por género en los niveles de consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato de la ciudad de ambato*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Vázquez, E., Calderón, Z., Arias, J., Ruvalcaba, J., Rivera, L., & Ramírez, E. (2019). Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. *SCielo*, 4(10), 1011-1021.