



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
Psicología

CASO CLÍNICO: FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN UNA GESTANTE CONSUMIDORA DE
BENZODIACEPINA Y ALCOHOL QUE ACUDE A EMERGENCIAS DE
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO

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

AUTOR: NOEMI MARIN REATEGUI

ASESORA: JENNIFER DENISSE CARRASCO TACURI

LIMA – PERÚ

2025

18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado



Mag. Jennifer Carrasco Tacuri
Asesora

Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

MIEMBROS DEL JURADO

.....

DR. GIANCARLO OJEDA MERCADO

Presidente

.....

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

Vocal

.....

DR. FREDY SANTIAGO MONGE RODRÍGUEZ

Secretario

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

Mg. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri

DEDICATORIA

Ante todo, a DIOS por su amor incondicional, quien día a día, me da lecciones de vida y con cada problema me enseña su sabiduría para tomar mejores decisiones ante cualquier desafío.

A mis padres Esteban Marín Reátegui QEPD y Graciela Reátegui Rubio; a mis padres políticos Nelson Paco Aro y Daicy Quispe por su amor incondicional.

Con todo mi amor y cariño a mi querido esposo Merling Samuel Paco Quispe y a mi hijo José Atzel Manuel quienes me ayuda, retándome a mejorar y crecer en cada momento, bueno o mal, de mi vida. Alegra de mis días con su atención, apoyo y comprensión sobre todo por su paciencia y buen humor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Al presidente y miembros del jurado, por su apoyo, evaluación y observaciones pertinentes para lograr una investigación exitosa. A la Mg. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri, por su dedicación, dirección, asesoramiento, orientación, y paciencia fue fundamental en mi crecimiento académico.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.1. Identificación y planteamiento del problema	4
1.2. Descripción del caso	6
1.2.1. Presentación del caso	6
1.2.2. Consecuencias asociadas	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1. Revisión teórica de las variables	16
2.1.1. Benzodiazepinas	16
2.1.2. Alcoholismo	17
2.1.3. Adherencia al tratamiento	18
2.1.4. Embarazo	19
2.2. Abuso de sustancias en el embarazo	20
2.2.1. Perspectiva diagnóstica drogas DSM-5 y CIE 10	23
2.3. Alcoholismo en el embarazo	25
2.3.1. Perspectiva diagnóstica alcoholismo DSM-5 y CIE 10	27
2.4. Teorías sobre la adherencia al tratamiento	30

2.5.	Factores protectores	32
2.6.	Factores de riesgo	35
2.7.	Diagnóstico diferencial	36
2.8.	Antecedentes	37
2.8.1.	Internacionales	37
2.8.2.	Nacionales	41
CAPÍTULO III: EVALUACIÓN		45
3.1.	Técnicas o métodos de evaluación	45
3.1.1.	Observación psicológica	46
3.1.2.	Entrevista psicológica	47
3.1.3.	Examen mental	52
3.2.	Instrumentos de evaluación	54
3.2.1.	Inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II)	54
3.2.2.	Cuestionario de depresión de Beck BDI - II	55
3.2.3.	Cuestionario de esquemas YSQ – S3 – JY05	55
3.2.4.	Test para identificar los trastornos del uso de alcohol	56
3.2.5.	Prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias	57
3.3.	Procedimientos de la evaluación	57
3.4.	Presunción diagnóstica del problema	58
3.5.	Resultados obtenidos de cada instrumento	60
3.5.1.	Resultados Millon II (MCMI-II)	60
3.5.2.	Resultados Beck BDI - II	62

3.5.3. Resultados YSQ – S3 – JY05	63
3.5.4. Resultados AUDIT	64
3.5.5. Resultados ASSIST	66
3.5.6. Área familiar	67
CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN	68
4.1. Problema delimitado	68
4.2. Objetivos de la intervención	68
4.2.1. Objetivo general	68
4.2.2. Objetivos específicos	69
4.3. Técnicas de intervención	71
4.4. Ejecución de la intervención	73
4.5. Indicadores de logro	88
4.6. Monitoreo y evaluación de la intervención	89
4.7. Resultados de la intervención	90
4.7.1. Factores psicológicos	91
4.7.2. Factores sociales	91
4.7.3. Factores familiares	91
4.7.4. Factores clínicos	91
4.7.5. Factores espirituales	92
DISCUSIÓN	95
CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

Anexo A Protocolos de los instrumentos

Anexo B Consentimiento informado

Anexo C Cronograma del proceso terapéutico

Anexo D Cronograma de trabajo

Anexo E Validación de los instrumentos

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados cuantitativos cuestionario MILLON II	60
Tabla 2 Resultados cuantitativos cuestionario de Beck BDI - II	62
Tabla 3 Resultados cuantitativos prueba de AUDIT	64
Tabla 4 Resultados cuantitativos de la prueba de ASSIST - PRETEST	66
Tabla 5 Selección y sustento de las técnicas empleadas áreas 1 al 3	71
Tabla 6 Selección y sustento de las técnicas empleadas áreas 4 al 6	72
Tabla 7 Sesión terapéutica N° 1	73
Tabla 8 Sesión terapéutica N° 2	73
Tabla 9 Sesión terapéutica N° 3	74
Tabla 10 Sesión terapéutica N° 4	74
Tabla 11 Sesión terapéutica N° 5	75
Tabla 12 Sesión terapéutica N° 6	75
Tabla 13 Sesión terapéutica N° 7	76
Tabla 14 Sesión terapéutica N° 8	76
Tabla 15 Sesión terapéutica N° 9	77
Tabla 16 Sesión terapéutica N° 10	77
Tabla 17 Sesión terapéutica N° 11	78
Tabla 18 Sesión terapéutica N° 12	78
Tabla 19 Sesión terapéutica N° 13	79
Tabla 20 Sesión terapéutica N° 14	79
Tabla 21 Sesión terapéutica N° 15	80
Tabla 22 Sesión terapéutica N° 16	80
Tabla 23 Sesión terapéutica N° 17	81

Tabla 24 Sesión terapéutica N° 18	81
Tabla 25 Sesión terapéutica N° 19	82
Tabla 26 Sesión terapéutica N° 20	82
Tabla 27 Sesión terapéutica N° 21	83
Tabla 28 Sesión terapéutica N° 22	83
Tabla 29 Sesión terapéutica N° 23	84
Tabla 30 Sesión terapéutica N° 24	84
Tabla 31 Sesión terapéutica N° 25	85
Tabla 32 Sesión terapéutica N° 26	85
Tabla 33 Sesión terapéutica N° 27	86
Tabla 34 Sesión terapéutica N° 28	86
Tabla 35 Sesión terapéutica N° 29	87
Tabla 36 Sesión terapéutica N° 30	87
Tabla 37 Descripción del plan con indicadores de logro	88
Tabla 38 Resultados cuantitativos prueba ASSIST - PRETEST	93
Tabla 39 Resultados cuantitativos prueba ASSIST - POSTEST	94

RESUMEN

El uso y abuso de sustancias es un dilema cercano al origen del ser humano, con un interés nacional y mundial. En referencia al abuso de drogas, especialmente las benzodiazepinas, actúan fundamentalmente sobre el sistema nervioso central, entre las mujeres su uso problemático se ha incrementado (Naciones Unidas, 2022), inclusive durante el embarazo (Pascale, 2015). Esta etapa trasciende la individualidad afectando a la madre, el hijo, la familia y la sociedad (Ojeda et al., 2011). En el Perú las investigaciones sobre el tema no pasan los 5 estudios en los últimos 5 años.

Entendiendo este problema y sus implicaciones nos proponemos investigar los “Factores asociados a la adherencia al tratamiento en una gestante consumidora de benzodiazepina y alcohol que acude a emergencias del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno” con el objetivo de determinar cuáles son los “factores asociados a la adherencia al tratamiento y lograr la rehabilitación”. Los hallazgos denotan como mayor influencia en la adherencia al tratamiento la relación paciente – terapeuta, la motivación, las expectativas reales, la comprensión, el reforzamiento positivo, la accesibilidad al tratamiento y el apoyo son determinantes en la adherencia al tratamiento. El componente espiritual como un proceso terapéutico cobra importancia al proporcionar adherencia al tratamiento, desarrollando la Fe y un entorno social que incide directamente sobre la depresión y la ansiedad.

Palabras claves: Benzodiazepinas, Alcohol, Embarazo

ABSTRACT

The use and abuse of substances is a dilemma close to the origin of the human being, with national and global interest. In reference to drug abuse, especially benzodiazepines, they act primarily on the central nervous system; among women, their problematic use has increased (United Nations, 2022), including during pregnancy (Pascale, 2015). This stage transcends individuality, affecting the mother, the child, the family and society (Ojeda et al., 2011). In Peru, research on the subject does not pass the 5 studies in the last 5 years.

These factors damage and stop this process with psychological, physical or both conditions. Understanding this problem and its implications, we propose to investigate the “Factors associated with adherence to treatment in a pregnant woman who consumes benzodiazepines and alcohol who comes to the emergency room at the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital in Puno” with the objective of determining the “factors associated with adherence to treatment and achieving rehabilitation”. The findings indicate that the spiritual area, family support, risk education, accessibility and credibility in health facilities are the greatest influence on treatment adherence. In this sense, our conclusions determined that a comprehensive orientation and approach are essential in adherence to treatment.

Keywords: Benzodiazepines, Alcohol, Pregnancy

INTRODUCCIÓN

El abuso de sustancias durante el embarazo es una afección particularmente grave y una afección a la salud pública, ya que atañe los cuerpos de la madre, el desarrollo del feto y su impacto futuro en la salud (Cruz y Crouet, 2023; Naciones Unidas, 2005; Pérez Suárez, 2018). La adicción a las benzodiazepinas y el alcohol plantean desafíos significativos para las mujeres embarazadas en términos de consecuencias físicas, psicológicas y sociales. En este sentido, la adherencia al tratamiento es sumamente crucial, ya que las barreras para la adherencia y la consistencia de la atención relacionada con la salud para esta población son diversas e interrelacionadas.

En referencia al tratamiento y su adherencia, las mujeres embarazadas con consumo problemático de sustancias y alcohol pueden enfrentar varios desafíos, como el soporte familiar y social, la percepción de riesgo, la posibilidad de recibir tratamiento adecuado y la disposición de los proveedores de servicios de salud (Ernstmeier y Christman, 2024). A su vez, el estigma y la condena social adicionales asociados con el problema en cuestión pueden convertir la obtención de ayuda y el seguimiento de los protocolos de salud en situaciones todavía más amenazantes, lo que aumenta el daño para la madre y el feto. Además, el deseo de seguir una vida normal puede obstaculizar los esfuerzos hacia la abstinencia en el sentido de la dependencia física y mental (Flores, 2005).

Este estudio presenta el caso clínico de una gestante consumidora de benzodiazepinas y alcohol que se presenta en emergencias del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno. Permite informarse sobre la complejidad de los factores que intervienen en adherencia al tratamiento en un escenario clínico de gravedad. Se plantea como objetivo general determinar cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento en una gestante consumidora de benzodiazepina y alcohol que acude a emergencias del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno bajo un estudio abordado desde un modelo bio-psicosocial y espiritual. Vincula indagación clínica-investigativa, se enfoca en cómo el entorno familiar y social, las creencias personales, y el acompañamiento médico afectan la adherencia, y cómo un abordaje holístico impacta en la posibilidad de éxito.⁸⁷

A nivel del contexto peruano, son escasos los estudios relacionados al consumo de sustancias durante el embarazo y adherencia a los tratamientos, motivo por el cual el presente trabajo resulta ser un aporte relevante al abordar un tema crítico desde la perspectiva del género. Todo este análisis permitirá formular estrategias que fomenten mayor compromiso de tratamiento, así como políticas que proyecten una asistencia sanitaria sin estigmatización, accesible y de acuerdo a las necesidades específicas de aquellas mujeres que presenten las mismas condiciones antes descritas. Por lo que, permitirá mejorar los resultados en salud materno-fetal en casos similares y se resaltar la importante de entender y fomentar los componentes asociados en la adherencia al tratamiento en las mujeres gestantes que presenten consumo de sustancias.

Todo ello para la recuperación de la paciente, impidiendo además la reincidencia al consumo, con el fortalecimiento de su estabilidad emocional, familiar y socialmente. Por lo tanto, la aplicación de un enfoque integral que implica el suministro de intervenciones y apoyo en la terapia, trabajo social y atención psicológica sensible y comprensiva está destinado a asegurar no solo la adhesión de la paciente al tratamiento, sino también la creación de condiciones para su bienestar personal y el de su hijo. Además de eso, al fortalecer el sistema de soporte apropiado, se disminuirá la probabilidad de recaída, optimizando el bienestar de la paciente y del feto. Todo esto, una vez más, subraya la importancia crítica de la intervención temprana y personal.

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

I.1. Identificación y planteamiento del problema

Con una pandemia en su epílogo y las consecuencias de esta en la personalidad, como incrementar los trastornos o detonar otros. Entendemos según las Naciones Unidas (2023) que en el 2021 la personas que habían consumido drogas fueron más de 296 millones, un incremento exponencial del 23% haciendo una comparación con la década pasada. Por otro lado, la cantidad de personas que sufren abuso de drogas con un consecuente trastorno, se ha incrementado en un 45% en tan solo 10 años, llegando a 39,5 millones. Estos datos incluyen mujeres embarazadas, lo que de por sí cobra mayor importancia porque el consumo puede acabar con dos vidas al mismo tiempo. En cuanto al consumo de drogas legales o medicadas, la prevalencia en damas es mayor a los varones (Ortiz et al., 2006), lo cual implica una discrepancia de género para la dependencia de estas drogas, tanto el alcohol como el tabaco (Rodríguez et al., 2010). Así también Golpe et al. (2016) encontraron contrastes representativos en las proporciones entre géneros, con índices más elevados de ingesta de alcohol en los hombres. Estadísticas sobre el empleo de sustancias ilegales esta principalmente relacionada al grupo de varones (Morales et al., 2011).

El alcoholismo ha sido reconocido desde hace mucho tiempo dentro de los problemas sociales como una de las prácticas nocivas desplegadas a lo largo de nuestro planeta (Bolet y Socarras, 2003). Si bien es cierto la prevalencia de este trastorno conductual crónico, con respecto a las normas sociales y sanitarias, esta

mayormente asociada al género masculino (García et al., 2015); se estima cierta variabilidad con relación a algunas sustancias, se sabe que algunas investigaciones relacionan a este problema con el género femenino, conociendo precedentes de alcoholismo dentro de su familia (Natera-Rey et al., 2001). Este elemento incrementa su impacto debido a que el consumo es mucho mayor durante el embarazo en mujeres cuyas parejas beben o beben en exceso, en comparación con aquellas cuyas parejas que no beben (López et al., 2015). En conclusión, el estado mental de la madre, para desarrollar un embarazo adecuado y dentro de los parámetros normales, puede sufrir una afección profundamente negativa con el uso del alcohol y las drogas. Por otro lado, los factores protectores son opuestos, como evitar la ingesta de alcohol en el embarazo (Pariona et al., 2020).

En Perú aproximadamente un 35% de los habitantes tendría un problema de consumo problemático sin reconocerlo y entre un 8 a 10% ya presentaría dependencia a este problema adictivo con severos problemas de salud mental. Dentro de ello tanto Junín, Puno y Piura se encuentran dentro de las regiones con alto índice de consumo de alcohol (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014). En Puno específicamente, el 88,6% entre los 15 años a más consumieron bebidas alcohólicas, mayormente en el área urbana (90,3%) que en la rural (86,3%) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017). En cuanto a las sustancias, una investigación de Cedro, previa a la pandemia, reveló que el 21,6% comenzó a consumir drogas por problemas familiares. El 55% tuvo su primer contacto con las drogas a través de amigos y el 21% mediante una pareja. Además, el 36% indicó que amigos influyeron en su consumo y el 34% que la pareja participó en el inicio e intensificación del consumo (Rojas, 2024).

Todo lo revisado anteriormente contrasta con la cantidad de personas que, libre y voluntariamente, deciden compartir sus experiencias para recibir un tratamiento adecuado y, más aún, exponerlas ante la comunidad científica como casos clínicos con el propósito de hallar factores que propicien su recuperación. Dada la problemática, los síntomas clínicos y sus diferentes manifestaciones, especialmente en relación con las mujeres y sus implicaciones futuras a nivel personal, familiar y social, surge como menester plantear la siguiente cuestión de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento en una gestante consumidora de benzodiacepina y alcohol que acude a emergencias de Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno?

I.2. Descripción del caso

I.2.1. Presentación del caso

Joven estudiante de psicología con un embarazo de 3 meses (f.n. 06/04/97) indica haber sufrido varias agresiones físicas por parte de su pareja, un joven que *“consume mucho alcohol”*. Actualmente medicándose por prescripción psiquiátrica llevada a emergencia por intoxicación alcohólica; según menciona: *“yo solía tomar alcohol todos los días a cualquier hora y lo hacía, después de tomar los medicamentos que me recetó el psiquiatra; por haber tenido 3 intentos de suicidio. Hace casi un año, yo misma, me aumenté las dosis diarias y estuve tomando 4 pastillas de clonazepam y un alprazolam porque me encantaba y sentía que estaba en trance, como dopada, aun así, iba a la universidad. Ahora temo que mi bebé nazca enfermo y estaba pensando en abortarlo, pero ahora ya*

tengo 5 meses de embarazo, no lo aborté por insistencia de mi madre que es muy moralista chapada a la antigua y de mi pareja que por cierto es alcohólico”.

Continúa refiriendo: *“A raíz de mi embarazo he dejado de consumir alcohol, pero me pongo ansiosa y me desespero por conseguir los medicamentos, empezado a tener vómitos, a temblar, he perdido el apetito, el sueño e incluso he convulsionado hasta desmayarme”.* Fue hospitalizada en 3 ocasiones por amenaza de aborto, refiere en este sentido que: *“no sé si esto me pasa por el embarazo o porque he dejado de consumir; que voy hacer, que futuro me espera, he llegado a pensar que mejor sería si estaría muerta, mi vida siempre ha sido un problema”*, mientras narra llora e incide en necesitar ayuda. Con referencia a su pareja actual a quien conoció en lugares de dudosa procedencia, mencionar que: *“mi abuelita y mi madre me están obligando a que me case con mi pareja, él es alcohólico y me pega. Nadie de mi familia me cree cómo es él, yo soy la loca para ellos, la borracha, la drogada y no les importa mi opinión”.* Durante la entrevista denota que tomar alcohol y clonazepam serían una solución para no despertar ni sentir y así escapar de esta realidad.

La paciente estuvo medicándose por prescripción psiquiátrica, tuvo 3 intentos de suicidio inconclusas, ingería 4 pastillas de clonazepam y 1 de alprazolam. Hospitalizada 3 veces por amenaza de aborto y pensamientos de muerte. Hija única no planificada fue criada por los abuelos, de bajo rendimiento académico en la primaria, su primer intento de suicidio según indica: *“fue a los 6 años, arrojándome del 2do piso”.* Durante su infancia percibió violencia familiar, con una figura paterna agresiva, controladora, imponente, interesado en el dinero

e indiferente con las carencias del hogar y la salud de su progenie. A los 11 años con la negativa expresa de su padre a relacionarse como progenitor, presentó un nuevo intento de suicidio tomando 2 blísteres de antidepresivos de su madre. *“Consumo alcohol desde los 13 años y con mis amigos me perdía una semana, 15 días y a veces hasta un mes sin llegar a mi casa. A los 15 años consumí por primera vez marihuana, a los 18 años tuve mi primera relación sexual, sufrí abuso sexual en varias oportunidades como consecuencia de su profunda intoxicación alcohólica”*. Por otro lado, una figura materna sumisa, pasiva complaciente con su progenitor y por el contrario distante, agresiva e indiferente con ella. Por tal razón prefirió estar más tiempo bajo el cuidado de su abuela materna, toda esta ambivalencia emocional la llevó a revelarse refugiándose en la música, en los amigos y el alcohol.

La paciente buscó refugio en la música con sus amigos, donde consumía alcohol y drogas, frente a la cantidad de conflictos y agresiones físicas por parte de su figura materna incrementándose cuando se hallaba alcoholizada. La joven refiere *“me dicen mis amigos que parezco un tanque porque tomo hartos alcohol y no me hace nada; hace 6 años que tomo alcohol casi a diario, aún más cuando tenemos presentaciones con mi grupo de música, yo toco guitarra, charango y a veces canto. Había días que no regresaba a casa porque nos quedamos con mi grupo en la casa de los músicos a tomar tres días seguidos a veces sin comer, para luego comer un poco y seguir bebiendo. Durante estos 6 años he sufrido abuso sexual por estar ebria en varias ocasiones tantas que ni recuerdo”*. Entre sus intentos de suicidio menciona que una vez fue por cortes en la muñeca, en otra por ingesta de pastilla que le recetó el psiquiatra por depresión. Con relación a sus

actividades académicas relata *“he faltado muchas veces a clases y usualmente estaba ebria en clases o drogada con el clonazepam y alprazolam ya que las tomaba más de lo que me recetó el psiquiatra”*. La joven volvió a estar hospitalizada en otras ocasiones por amenaza de aborto, entre sus expresiones más significativas hallamos: *“me siento bien estar hospitalizada porque me gusta que me atiendan, visiten y además me encanta los medicamentos que me ponen, porque me tranquiliza como si fuera una droga o el clonazepam o alprazolam”*.

Pensamientos de aborto recurrente. *“En año nuevo discutí con mi pareja porque tenía 3 botellas de alcohol en su mochila, luego discutí con mi mamá, pensó que eran mis botellas, me insultó me dijo alcohólica, luego buscando entre las cosas de mamá encontré pastillas pensé en tomarme todas y morirme, pero sentí que alguien me abrazaba, pensé en mi bebé, me detuve y terminé con amenaza de aborto con sangrado, fui hospitalizada, me diagnosticaron con infección urinaria y lo peor que me dijeron los médicos que mi organismo es resistente a los medicamentos”*. Al consultarla por su apreciación personal indica: *“Me considero triste, floja, no me doy mi trato quererme y verme bonita. Mis limitaciones con mi yo interno hacen que piense ¡si se puede lograr!, y con algo mínimo me desánimo pienso ¡para que lo intentas!”*. Sobre su embarazo denota preocupación de que su hijo nazca mal de salud porque se embarazó cuando estaba bajo efectos del alcohol y benzodiazepinas; a los tres meses cuando fue hospitalizada por intoxicación alcohólica se enteró que estaba embarazada. Teme no amar a su hijo porque no se consideraba un buen ejemplo y además tenía muchos problemas de pareja por violencia y consumo de alcohol.

1.2.2. Consecuencias asociadas

Área cognitiva.

a.1. Asociadas al problema del consumo de sustancias. Si bien es cierto las funciones cognitivas permiten al individuo recibir, procesar y transformar información para comprender y en consecuencia interactuar. En este sentido su déficit de atención y disminución en la memoria de trabajo y a largo plazo; el rechazo y las disfunciones educativas son elementos presentes en esta situación como *“he faltado muchas veces a clases, no entendía y prefería irme a tomar”* producto de aseveraciones de los abuelos, quienes la cuidaban, como *“me insultaban me decía que era inútil que no sabía nada, mis compañeros me decían que no tenía papá, se burlaban”* formando esquemas mentales como *“mi rendimiento académico era pésimo”* lo cual desencadenó en la generalización aseverando que *“los profesores le regalaban las notas porque su mamá trabajaba como técnica de enfermería en el Centro de salud”*

a.2. Asociadas al problema del consumo de alcohol. Para el procesamiento cognitivo el alcohol es una limitante, además de producir un deterioro del mismo, llegando a la falta de control como consecuencia del consumo excesivo *“yo solía tomar alcohol todos los días a cualquier hora porque me sentía triste, floja, no me doy mi trato quererme y verme bonita”*. Para terminar en la etapa de preocupación y/o anticipación *“Ahora temo que mi bebé nazca enfermo y estaba pensando en abortarlo, pero ahora ya tengo 5 meses de embarazo”*.

Área emocional afectiva.

b.1. Asociadas al problema del consumo de sustancias. Dentro del área emocional afectivo el uso de sustancias está manifestado en la depresión, estrés, problemas en sus relaciones interpersonales, autoestima y regulación emocional. Lo cual se ve demostrado al *“tomar los medicamentos que me recetó el psiquiatra; por haber tenido 3 intentos de suicidio”*. La ideación suicida expresada como *“qué futuro me espera, he llegado a pensar que mejor sería si estaría muerta, mi vida siempre ha sido un problema”*, así como el derramar lágrimas solicitando ayuda. La ausencia de un cuidado emocional *“prefiero tomar antes que estar triste”* y un soporte familiar inadecuado permite la distorsión de la realidad en busca de afecto *“se siente bien estar hospitalizada porque le gusta que la atiendan, que la visiten y además le encanta que le pongan los medicamentos porque eso le tranquiliza como si fuera una droga o el clonazepam o alprazolam”*.

b.2. Asociadas al problema del consumo de alcohol. El cuadro ansioso propio al consumo de alcohol y su abuso está contemplado al mencionar *“A raíz de mi embarazo he dejado de consumir alcohol, pero me pongo ansiosa y me desespero por conseguir los medicamentos, empezado a tener vómitos, a temblar, he perdido el apetito, el sueño e incluso he convulsionado hasta desmayarme”*. El daño de las relaciones interpersonales, así como el deficiente apego emocional de la madre se evidencia cuando *“En año nuevo discutí con mi pareja porque tenía 3 botellas de alcohol en su mochila, luego discutí con mi mamá, pensó que eran mis botellas, me insultó me dijo alcohólica, luego buscando entre las cosas de mamá*

encontré pastillas pensé en tomarme todas y morirme". La interpretación de las emociones propias resulta en una búsqueda incesante de afecto y reconocimiento *"a todos decía papás, no me quería porque, yo era la nieta no legítima"*. La ausencia de autoestima *"indica haber sufrido varias agresiones físicas por parte de su pareja, un joven que consume mucho alcohol"*. La falta de cuidado personal expresado plenamente cuando *"sufrió abuso sexual en varias oportunidades como consecuencia de su profunda intoxicación alcohólica"*.

Área familiar.

c.1. Asociadas al problema del consumo de sustancias. Tales problemas contemplan la ruptura y deterioro de relaciones familiares *"mi abuelita y mi madre me están obligando a casarme con mi pareja"* como consecuencia de comunicación poco significativa: *"Nadie de mi familia cree cómo es él, yo soy la loca para ellos la borracha, la drogada y no les importa mi opinión"*. Junto a ello se encuentra el temor a establecer nuevas relaciones, según menciona, *"temo no amar a mi hijo porque no me considero un buen ejemplo"*. La imposición de una imagen patriarcal por parte de la madre, sin importar la moral o las buenas costumbres *"échale ganas, tu relación con R, funcionará, sabiendo que llega casi a diario ebrio y me es infiel"*.

c.2. Asociadas al problema del consumo de alcohol. La completa ruptura del apego paterno y su frustración al deseo de tener una familia funcional *"A la edad de los 11 años cuando conocí a mi papá dijo que no era su hija me negó y me agredió, solo quería morir, me sentir confundida con sentimientos encontrados con ira por lo que intenté matarme"*. Sus problemas al establecerse en un lugar

fijo, llegando desde el área rural, para luego pasar por varias ciudades. El establecimiento de valores y principios dentro del marco familiar para posteriormente aplicarlo en la sociedad se vio afectado por su dependencia al alcohol. La ausencia física del padre y la ausencia emocional de la madre increpan un desarrollo negativo de la personalidad afianzando y denotando una razón para continuar con su problema.

Área interpersonal

d.1. Asociadas al problema del consumo de sustancias. El origen temprano se remonta a los “11 años” presupone complicaciones al establecer apegos seguros. El conseguir una pareja dentro de su entorno social “A los 13 años empecé a salir con chicos mayores” “A los 17 años cuando acabe el colegio fui a la casa de una amiga para estudiar el examen de admisión yo quería estudiar medicina, pero ella me llevo a la casa de su amigo diciendo que aprendería mejor si consumiría marihuana”. El establecimiento de relaciones inadecuadas “busco refugio en la música con sus amigos, donde consumía alcohol y drogas” como un sistema de evasión a los “conflictos en casa y agresión física de su figura materna”. La incapacidad de reconocer relaciones importantes y significativas, relacionadas con su futuro, “he faltado muchas veces a clases y usualmente estaba ebria en clases o drogada con el clonazepam y alprazolam ya que las tomaba más de lo que me recetó el psiquiatra”.

d.2. Asociadas al problema del consumo de alcohol. Los hábitos inadecuados como base para las relaciones, implicó tener una pareja de su entorno amical “dos a tres veces por semana salía a tomar alcohol con él. Y luego le

mentía para salir a tomar con mis amigas". Continuar con sus relaciones poco favorables, a todo costo, generando un proceso de despersonalización "*me dicen mis amigos que parezco un tanque porque tomo hartoo alcohol y no me hace nada*".

Área de hábitos / manejo del tiempo libre

e.1. Asociadas al problema del consumo de sustancias. El determinar un grado alto de insatisfacción con las capacidades, como consecuencia de sus hábitos inapropiados "*Había días que no regresaba a casa porque nos quedábamos con mi grupo en la casa de los músicos por tres días seguidos a veces sin comer*". Incapacidad de determinar y cumplir un horario "*todo depende si he tenido problemas con mi pareja ya que me agredía físicamente*" un completo descuido en sus hábitos de estudio "*recuerdo que era floja, conflictiva, contestona*" lo cual propicia una percepción personal distorsionada "*Me considero triste, floja, poca inteligente*".

e.2. Asociadas al problema del consumo de alcohol. El determinar un grado alto de insatisfacción con los logros, basada en sus problemas con el alcohol "*yo solía tomar alcohol todos los días a cualquier hora*" en cuanto a su interés recreativo, salir de viaje, paseos donde hay eventos fiestas y consumo de alcohol. La actividad física le cuesta mucho trabajo ya que "*no es de mi interés*" todo ello devino en la incapacidad de motivarse para nuevos logros "*Mis limitaciones con mi yo interno hacen que piense ¡si se puede lograr!, y con algo mínimo me desánimo pienso ¡para que lo intentas !*".

Área productiva (académica / laboral).

f.1. Asociadas al problema del consumo de sustancias. El determinar un grado alto de insatisfacción vocacional “yo quería estudiar medicina” “prefiero la música, por eso estudié en el ESFA - Puno”. La falta de interés y responsabilidad con la carrera que estaba estudiando “Usualmente todos los días tomaba clonazepam el doble o triple de las dosis, no asistía a clases, me quedaba dormida en casa”. La falta de respeto a los docentes “muchas veces asistí drogada”.

f.2. Asociadas al problema del consumo de alcohol. El tergiversar la realidad “muchas veces solo iba a clases para juntarme con mis compañeros y salir a tomar”. La despreocupación y falta de interés “me pasaba aun varios días tomando y sin comer nada” el hecho de que algunos compañeros la buscaban con intenciones inadecuadas “algunas veces quedaba completamente inconsciente”. La falta de tener perspectivas para el futuro “no me veo terminando una carrera, ahora mucho menos por que tendré un hijo” “de dónde voy a sacar dinero mis padres no quieren ayudarme, sólo sirvo para tomar”.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. Revisión teórica de las variables

II.1.1. *Benzodiazepinas*

Las benzodiazepinas son una clase de medicamentos psicoactivos ampliamente utilizados en la práctica clínica debido a sus efectos ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, anticonvulsivos y relajantes musculares. Según Vicens y Fiol (2008) las benzodiazepinas actúan incrementando las secuelas del ácido gamma-aminobutírico (GABA), neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central. Más selectivamente que otras drogas como los barbitúricos que afectan específicamente al sistema límbico (López et al., 2010). Las benzodiazepinas se prescriben comúnmente para procedimientos de trastornos de ansiedad, insomnio, epilepsia y en la gestión de la abstinencia alcohólica. Palomino et al., (2021) destacan que, si bien son eficaces en un futuro cercano, las benzodiazepinas consiguen causar dependencia física y psicológica, y su uso prolongado puede llevar a tolerancia, requiriendo dosis más altas para un efecto terapéutico similar.

Además, el uso de benzodiazepinas puede estar asociado con varios efectos adversos, incluyendo somnolencia, mareos, problemas de coordinación y deterioro cognitivo, especialmente en pacientes ancianos (Brett y Murnion, 2015). Estos efectos subrayan la importancia de un uso controlado y supervisado de estas sustancias en la práctica médica.

II.1.2. Alcoholismo

También conocida como abuso de alcohol, es una condición crónica representada por la imposibilidad de dominar o abstenerse de beber a pesar de los impactos adversos en el bienestar mental, físico y social. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (Reus et al., 2018) el alcoholismo se presenta como un trastorno del comportamiento o un problema mental que causa un menoscabo o malestar intra e inter personal, definido mínimamente por 2 de los 11 indicadores de diagnóstico en un período de 11 meses. Estos criterios abarcan el deseo constante de alcohol, la incapacidad de detener su consumo y de ser el caso la sintomatología de abstinencia.

Según la Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol Cortés et al., (2013) el alcoholismo puede llevar a graves complicaciones de salud, cardiovasculares, hepáticas, trastornos psiquiátricos e inconvenientes sociales. Además, estudios de Rehm et al., (2017); Rehm y Imtiaz, (2016) destacan que el alcoholismo está asociado con un aumento en la mortandad precoz y la decadencia en su calidad de vida. El diagnóstico y tratamiento del alcoholismo requieren un enfoque multidisciplinario, incluyendo la intervención médica, el apoyo psicológico y la participación en programas de rehabilitación y grupos de apoyo. Es esencial que los expertos en salud identifiquen y aborden el alcoholismo de manera temprana para reducir su impacto en los individuos y la sociedad.

II.1.3. Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento es un factor crítico en la efectividad de las intervenciones terapéuticas y el curso de enfermedades crónicas y/o agudas. La Organización Mundial de Salud relaciona el grado de compromiso con el comportamiento de una persona en relación al plan terapéutico y la modificación de hábitos concordante a las recomendaciones del personal de salud (Sociedad Española de Farmacia Clínica, 2023). Maria Die Trill indicó (como se cito en PFIZER, 2009) que la depresión está asociada a la ausencia de adherencia. “Los enfermos deprimidos tienen tres veces más posibilidades de no adherirse al tratamiento. Asimismo, se ha comprobado que la percepción del riesgo de sufrir una enfermedad y de los posibles efectos adversos, así como los tratamientos prolongados desgastan emocionalmente al enfermo y también la pérdida del rol social al tener que dejar su trabajo”. En una pesquisa realizada a oncólogos, el 85% de los encuestados reveló que la falta de adherencia al tratamiento es un problema grave para los pacientes, siendo los de índole psicológico las más frecuentes, el miedo, la incertidumbre y la falta de control. También se ha demostrado que el bajo nivel socioeconómico, vivir solo y el estrés o las emociones negativas reducen la adherencia (Ibid, 2009).

Existen diferentes modelos teóricos respecto a la adherencia; uno de ellos es el modelo de creencias en salud que recoge que la percepción del riesgo y los beneficios implicados en el tratamiento van a determinar la adherencia, además, la teoría del comportamiento planificado puede señalar que la intención del paciente de seguir el tratamiento corresponde a la actitud y a las normas

subjetivas y el control que el paciente percibe sobre el acto (Moreno y Gil, 2003). La adherencia también puede ser vista como algo que cambia a lo largo del tiempo y están relacionados directamente con la relación que se establece entre el paciente, los profesionales de la salud y la situación donde aparece el tratamiento (Dilla et al., 2009; Sociedad Española de Farmacia Clínica, 2023). Por último, la idea de autonomía del paciente, así como las diferentes maneras de participar en el proceso de toma de decisiones van a ser también factores importantes de la adherencia.

II.1.4. Embarazo

El embarazo es un proceso biológico complejo que se origina con el espermatozoide fertilizando el óvulo y culmina con el nacimiento de un bebé. Según De Weerth y Buitelaar (2005), el proceso de gestación consta de 3 trimestres, cada uno caracterizado por distintos eventos fisiológicos y de desarrollo. El 1er trimestre abarca la concepción hasta la semana 12, una etapa crucial donde ocurren la implantación y la organogénesis. Durante el segundo trimestre, de 13 a 26 semanas, se observa un crecimiento rápido del feto y el desarrollo de sus sistemas orgánicos. El tercer trimestre, de 27 semanas hasta el nacimiento, se caracteriza por la evolución final de los órganos y la preparación hacia la vida extrauterina.

El embarazo implica cambios significativos en el cuerpo de la mujer, incluyendo ajustes hormonales, cardiovasculares y metabólicos, que son esenciales para sostener el desarrollo fetal (Murray y Hendley, 2014). Estos

cambios pueden provocar síntomas como náuseas, vómitos, fatiga y antojos alimentarios, especialmente durante el primer trimestre. La atención prenatal es crucial para monitorear el progreso gestacional y asegurar el bienestar de la mamá y su criatura. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), las visitas prenatales regulares permiten la detección temprana de posibles complicaciones, como la diabetes gestacional, preeclampsia e infecciones varias, proporcionando una oportunidad para educar a las mujeres sobre el manejo adecuado del embarazo.

El embarazo no solo es un evento biológico, sino también un fenómeno con importantes implicaciones psicológicas y sociales. La preparación emocional y el sostén social son fundamentales para el bienestar mental de la mamá y del neonato (Contreras-Carretero et al., 2022). Desde una perspectiva elemental, propicia la subsistencia de la humanidad, los elementos dañinos menoscaban un mecanismo preponderante para el ser humano.

II.2. Abuso de sustancias en el embarazo

Consumir drogas afecta negativamente el bienestar y tiene secuelas significativas tanto para la gestante y el feto. Diversos artículos han documentado consecuencias adversas del uso de sustancias y otras las drogas lícitas e ilícitas en esta etapa crítica (Alejandro et al., 2021; López et al., 2010; Brett y Murnion, 2015; De Weerth y Buitelaar, 2005; Murray y Hendley, 2014; Reus et al., 2018). Así también, Zambrano-Macías et al. (2024) señalan que el uso y abuso de estas sustancias puede causar complicaciones obstétricas incluyendo peso bajo al nacer,

nacimiento prematuro, anomalías congénitas entre otras varias. Igualmente, está relacionado con un acrecentamiento en la mortalidad perinatal.

Consumir alcohol en la gestación puede provocar el síndrome de alcoholismo fetal (SAF), el trastorno incluye alteración del SNC, dilación en el desarrollo y características faciales distintivas (Anacona et al., 2023; Mayo Clinic, 2018). Según López y Arán-Filippetti (2014), incluyendo el uso social de alcohol puede perjudicar el progreso del cerebro del embrión, conllevando a inconvenientes cognoscitivos y su conducta con el tiempo. Fumando, la madre expone al feto a la nicotina y al monóxido de carbono, que pueden reducir el flujo sanguíneo y el oxígeno disponibles para el feto (Tipán, 2021). Esto puede resultar en un crecimiento fetal restringido, lo que se traduce en bajo peso al nacer. Estudios de Aguirre (2007); Aponte et al. (2009) muestran que los neonatos de madres fumadoras presentar un riesgo mayor a desarrollar problemas respiratorios, incluyendo asma e infecciones recurrentes.

Sustancias ilegales, como la heroína, cocaína y metanfetaminas, también tienen efectos devastadores. El uso de cocaína en la gestación puede llevar a un desprendimiento precoz de la placenta, una condición potencialmente fatal para ambos, madre y feto (Torres, 2003). Además, está coligada con defectos congénitos y problemas neurológicos a largo plazo. Por ejemplo, según López et al., (2015), el feto expuesto a la heroína a menudo experimenta indicaciones de abstinencia neonatal, conocidos como síndrome de abstinencia neonatal (NAS) (Pérez, 2018), que pueden requerir cuidados médicos intensivos. La marihuana, aunque a veces se percibe como menos peligrosa, también puede tener efectos

adversos, (Pascale y Laborde, 2019) encontraron que el uso de marihuana está ligado a deficiencias de desarrollo neurológico en el feto, incluyendo dificultades de atención y comportamiento en la niñez.

Es crucial abordar este problema, desde una perspectiva de salud pública, la educación y la prevención son componentes esenciales. Las intervenciones deben centrarse en informar a las mujeres de la problemática al usar drogas en el periodo gestacional y brindar apoyo para que dejen de usarlas. Pisano y González (2014) sugieren que las estrategias de intervención efectivas incluyen el asesoramiento, el apoyo psicosocial y, cuando sea necesario, la terapia farmacológica. El tratamiento del consumo de drogas en embarazadas requiere un enfoque multidisciplinario. El personal de salud debe laborar vinculado para proporcionar atención prenatal adecuada, tratamiento para la dependencia de sustancias y apoyo psicológico. Una temprana identificación, así como su intervención oportuna son claves en la optimización de los resultados para ambos seres (Azúa y Carvajal, 2024).

Por último, este problema esboza riesgos significativos para la salud de ambos; aun para el futuro de la misma sociedad. La educación, prevención y tratamiento apropiado son fundamentales para reducir estos riesgos y garantizar un desarrollo fetal saludable. La asistencia en el personal capacitado y las políticas nacionales orientadas a la prevención puede tener un alto impacto. Por otra parte, ante la presencia del flagelo queda poner en práctica la variedad de

teorías y buscar el restablecimiento de quienes cayeron en la adicción o la dependencia.

II.2.1. Perspectiva diagnóstica consumo de drogas según el DSM-5 y CIE

10

Consumir drogas o sustancias puede diagnosticarse utilizando dos sistemas de clasificación ampliamente aceptados: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), y la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). Ambos sistemas ofrecen criterios diagnósticos que permiten al personal de salud a identificar y clasificar los trastornos afines con el uso de drogas o sustancias. En el DSM-5, los trastornos asociados al consumo de sustancias se agrupan bajo una sola categoría llamada "Trastornos de consumo de sustancias" y se evalúan según un espectro de severidad (APA, 2014). Diagnosticar el trastorno por abuso de sustancias se fundamenta en al menos 2 de los 11 criterios dentro de los 12 meses anteriores:

- ✓ La sustancia a menudo se toma en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo previsto.
- ✓ Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de sustancias.
- ✓ Se dedica mucho tiempo a las actividades necesarias para obtener la sustancia, utilizarla o recuperarse de sus efectos.
- ✓ Hay un anhelo, o un fuerte deseo o impulso, de usar la sustancia.
- ✓ Hay un consumo recurrente de sustancias que resulta en el incumplimiento de las principales obligaciones de rol en el trabajo, la escuela o el hogar.
- ✓ Existe un uso continuado de sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

- ✓ Las actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes se renuncian o reducen por consumo de sustancias.
- ✓ Existe el consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que es físicamente peligrosa.
- ✓ El consumo de sustancias se continúa a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia.
- ✓ La tolerancia se desarrolla a la sustancia, tal como se define por:
- ✓ Necesidad de cantidades notablemente incrementadas de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
- ✓ Hay un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia.
- ✓ Los síntomas de abstinencia ocurren cuando el consumo de sustancias se reduce o se detiene después de un período de uso prolongado. La severidad del trastorno se determina por el número de criterios presentes: leve (2-3), moderado (4-5), y grave (6 o más). (Ernstmeyer y Christman, 2024, sp.)

La CIE-10, utiliza una terminología y criterios algo diferentes, pero también proporciona un marco para diagnosticar el trastorno por uso de sustancias, se agrupan bajo la categoría de "Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas". Los diagnósticos específicos incluyen dependencia de sustancias y uso nocivo (World Health Organization, 1995). El diagnóstico basado en el CIE-10, deben estar presentes 3 o más de los criterios durante el último año:

- ✓ Un fuerte deseo o sentido de compulsión para consumir la sustancia.
- ✓ Dificultades para controlar el comportamiento de consumo de la sustancia en términos de su inicio, terminación o niveles de consumo.
- ✓ Un estado de abstinencia fisiológica es cuando se interrumpe el consumo de la sustancia o se reduce, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma sustancia (o una estrechamente relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- ✓ Evidencia de tolerancia, como se define por la necesidad de dosis marcadamente mayores de la sustancia para lograr efectos que anteriormente se conseguían con dosis más bajas.
- ✓ Abandono progresivo de otras fuentes de placer o intereses a favor del uso de la sustancia, aumento de la cantidad de tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- ✓ Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de la evidencia clara de consecuencias perjudiciales, como daño al hígado por consumo excesivo de alcohol, estados depresivos tras períodos de consumo intensivo o deterioro de la función cognitiva. (WHO., 1995, pp. 304 - 306)

Tanto el DSM-5 como la CIE-10 proporcionan estructuras comprensivas y detalladas para diagnosticar los trastornos por uso de sustancias, aunque con diferencias en terminología y criterios específicos. Ambos sistemas son recursos fundamentales para los expertos de la salud en el reconocimiento, la evaluación y el tratamiento de pacientes con trastornos afines con el consumo de drogas.

II.3. Alcoholismo en el embarazo

El uso de alcohol en la gestación es un tema de gran preocupación debido a sus graves implicaciones para la salud del feto. Diversos estudios han documentado que el uso del alcohol puede causar una complejidad de problemas de desarrollo y salud a largo plazo, lo que subraya la importancia de la abstinencia total en el periodo gestacional (Alcantud et al., 2012; Bobes et al., 2011; Salinas, 2023). El síndrome de alcoholismo fetal (SAF) como una de las secuelas más serias del consumo de alcohol durante el embarazo. Según Anacona Muñoz et al. (2023), el SAF se caracteriza por una serie de anomalías físicas y neuropsicológicas que incluyen dilación en el desarrollo pre y postnatal, alteración del SNC y características faciales distintivas. Estos niños también

pueden presentar problemas de aprendizaje, trastornos relacionados a la conducta y conflictos en las relaciones sociales. Según Alcantud et al., (2012) el alcohol, aunque sea en pequeñas cantidades, está coligado con un alto grado de aborto espontáneo, nacimiento precoz y un peso inadecuado al nacer. Esto se debe a que el alcohol atraviesa fácilmente la placenta y puede interferir con el desarrollo normal del feto en cualquier etapa del embarazo.

El alcohol puede afectar negativamente el desarrollo cerebral del feto. Según Ortega García et al., (2006), el cerebro fetal es especialmente vulnerable al alcohol debido a su rápido crecimiento y desarrollo, la exposición al alcohol puede alterar la migración neuronal, la sinaptogénesis y la apoptosis, lo que resulta en anomalías estructurales y funcionales en el cerebro. Estos efectos pueden manifestarse en deficiencias cognitivas y problemas de conducta que persisten hasta la edad adulta. Además de los efectos directos sobre el feto, consumir alcohol en este periodo también trae secuelas indirectas. Lareu, (2007) señalan que las damas que consumen alcohol en el embarazo a menudo también poseen estilos de vida que pueden incluir una nutrición deficiente, falta de atención prenatal adecuada y mayor probabilidad de consumo de otras sustancias, lo que complica aún más los riesgos para el feto.

Las políticas de salud pública tienen como prioridad intervenir para prevenir el alcohol en el embarazo. Programas educativos dirigidos a damas en edad fértil pretender reducir la prevalencia del consumo de alcohol. Estas intervenciones incluyen campañas de concienciación, asesoramiento y apoyo, así

como el adiestramiento del personal adecuado para identificar y abordar el uso de alcohol en sus pacientes. El profesional de salud es primordial en la prevención y el tratamiento del consumo de alcohol. Según Navarro, (2017) el personal médico, psicológico, de enfermería y demás deben estar capacitados para proporcionar información precisa y comprensible sobre los riesgos del alcoholismo y ofrecer apoyo continuo a las mujeres embarazadas para ayudarles a mantener la abstinencia. En conclusión, es problema presenta riesgos significativos para el desarrollo y la salud del feto. La educación, la prevención y el apoyo adecuado son esenciales para minimizar estos riesgos. La abstinencia total es la recomendación más segura, y los esfuerzos de salud pública deben centrarse en comunicar y brindar un soporte adecuado a mujeres embarazadas.

II.3.1. Perspectiva diagnóstica del alcoholismo según el DSM-5 y CIE 10

El alcoholismo o trastorno por consumo de alcohol, se diagnostica utilizando dos sistemas de clasificación reconocidos internacionalmente: el DSM-5, y el CIE-10. Ambos sistemas ofrecen criterios diagnósticos detallados para identificar y clasificar tal trastorno, aunque con algunas diferencias en enfoque y terminología. El DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2014), con el término "Trastorno por consumo de alcohol" para su diagnóstico, se requiere 2 de los siguientes 11 criterios en un período de 12 meses. La severidad del trastorno se establece por la cantidad de criterios presentes: leve (2-3 criterios), moderado (4-5 criterios) y grave (6 o más criterios):

- ✓ Consumo de alcohol en cantidades mayores o durante un período más largo de lo previsto.

- ✓ Deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el consumo de alcohol.
- ✓ Gran parte del tiempo invertido en actividades necesarias para obtener, usar o recuperarse de los efectos del alcohol.
- ✓ Craving, o un fuerte deseo o impulso por consumir alcohol.
- ✓ Uso recurrente de alcohol que resulta en un incumplimiento de las obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar.
- ✓ Uso continuado de alcohol a pesar de tener problemas sociales o interpersonales recurrentes o persistentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol.
- ✓ Importantes actividades sociales, laborales o recreativas son reducidas o abandonadas debido al uso de alcohol.
- ✓ Uso recurrente de alcohol en situaciones en las que es físicamente peligroso.
- ✓ Uso continuado de alcohol a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente ha sido causado o exacerbado por el alcohol.
- ✓ Tolerancia, definida por la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir la intoxicación deseada o un efecto notablemente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de alcohol.
- ✓ Síndrome de abstinencia, manifestado por el desarrollo de un síndrome característico para el alcohol o el uso de la sustancia (o una sustancia estrechamente relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2014, pp, 490 - 491)

La CIE-10, divulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), utiliza una terminología y criterios diferentes para clasificar los trastornos afines con la ingesta de alcohol. En la CIE-10 se encuentran bajo la condición de "Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol". Para diagnosticar la dependencia del alcohol según la CIE-10, deben estar presentes al menos tres de los siguientes seis criterios durante el último año (WHO., 1995). La CIE-10 también reconoce el "uso nocivo de alcohol", determinado como un

esquema en el consumo que genera daño físico o mental en el individuo, sin cumplir necesariamente con los criterios de dependencia:

- ✓ Un fuerte deseo o sentido de compulsión para consumir alcohol.
- ✓ Dificultades para controlar el comportamiento de consumo de alcohol en términos de su inicio, terminación o niveles de consumo.
- ✓ Un estado de abstinencia fisiológica cuando se interrumpe el consumo de alcohol o se reduce, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma sustancia (o una estrechamente relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- ✓ Evidencia de tolerancia, como se define por la necesidad de dosis marcadamente mayores de alcohol para lograr efectos que anteriormente se conseguían con dosis más bajas.
- ✓ Abandono progresivo de otras fuentes de placer o intereses a favor del uso de alcohol, aumento de la cantidad de tiempo necesario para obtener o tomar alcohol o para recuperarse de sus efectos.
- ✓ Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de la evidencia clara de consecuencias perjudiciales, como daño al hígado por consumo excesivo de alcohol, estados depresivos tras períodos de consumo intensivo o deterioro de la función cognitiva. (WHO., 1995, pp, 304 - 307)

Ambos regímenes, el DSM-5 y la CIE-10, suministran criterios específicos para diagnosticar el alcoholismo, aunque difieren en ciertos aspectos. El DSM-5 utiliza un enfoque dimensional para evaluar la severidad del trastorno por abuso de alcohol, mientras que la CIE-10 clasifica los trastornos de manera categórica. Estos sistemas son herramientas esenciales para la identificación y tratamiento del alcoholismo, y su uso adecuado puede mejorar significativamente los resultados clínicos para los pacientes.

II.4. Teorías sobre la adherencia al tratamiento

Modelo de adherencia según la OMS: Este modelo de tratamiento hace referencia a la relación entre el comportamiento y las recomendaciones de salud. Esto incluye acudir a las citas estipuladas, ingerir los medicamentos según las indicaciones, implementar mejoras en las actividades diarias y cumplir con los estudios o pruebas solicitadas (Peralta y Carbajal, 2008). La OMS propone que la adherencia al tratamiento es influenciada por componentes relacionados con el paciente, el tratamiento, las políticas de salud y el entorno social. Factores como el conocimiento sobre la enfermedad, la percepción de los beneficios del tratamiento y el apoyo social son cruciales (Sabaté, 2004). Como consecuencias de la no-adherencia tenemos el detrimento en el bienestar del paciente, problemas en las relaciones familiares, incremento en los costos de vida y el gasto hospitalario llegando a poner en peligro la existencia misma (Enrique et al., 2005).

Teoría del Comportamiento Planificado: Esta teoría sostiene la conducta humana como un acto voluntario e intencional basada en tres procesos como son: reglas subjetivas, actitudes sociales y la vigilancia en la conductual observada (Martín et al., 2011). Según esta teoría, las actitudes de una persona en relación al comportamiento, las reglas subjetivas y la vigilancia en la conductual observada influyen en su propósito de adherirse al tratamiento. Una mayor autoeficacia y una percepción positiva del tratamiento pueden aumentar la adherencia (Cortes, 2001). Basado en ella se relaciona la personalidad, tomando en cuenta normas subjetivas, actitudes, conducta relacionada con el propósito de llevar a cabo

comportamientos adecuados en bien de restablecer la salud (Bello-Villanueva et al., 2015).

Modelo de Cambio de Comportamiento (Transtheoretical Model): Este paradigma se basa en el ámbito temporal donde cada etapa incorpora principios y procesos desde diferentes formas de intervención, este surgió al realizar un estudio comparativo entre las teorías de la psicoterapia y la conducta (Prochaska y Velicer, 1997). Este modelo describe las fases del cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, la adherencia al tratamiento puede depender de en qué etapa se encuentre la persona en relación con su adicción (Schwarzer y Gutiérrez-Doña, 2009). Basados en esta teoría puede ser preferible segmentar las etapas de cambio para poder centrarnos en las etapas críticas de cambio, los procesos de cambio pueden aprovecharse para promover cambios de comportamiento buscando así una mejor comprensión del cambio exitoso (Prochaska y Velicer, 1997).

El modelo desde el cual realizaremos el proceso terapéutico es el Bio-Psico-Social-Espiritual por ser un modelo integrador ya que combina factores biológicos, psicológicos (emociones, pensamientos) y sociales (entorno, relaciones) en bien de comprender mejor la salud y enfermedad del paciente (Pérez Flores, 2023). Este modelo permite considerar múltiples dimensiones de la experiencia humana dentro del ámbito biológico es importante abordar la desintoxicación, el tratamiento farmacológico y la rehabilitación propiamente dicha. Para el ámbito psicológico los trastornos subyacentes como la depresión, ansiedad o traumas, así como las causas que llevan al consumo mediante terapia

cognitivo conductual, terapia motivacional y tratamiento de comorbilidades psicológicas (Cruz y Crouet, 2023). En el ámbito social el acceso a drogas en nuestra realidad cultural, las relaciones interpersonales que mantienen un consumo, lo cual permite trabajar en la reestructuración social, apoyo comunitario familiar y finalmente la reinserción (Campo Vivero, 2023). Finalmente, el componente espiritual enfocado en aspectos como la búsqueda de significado y propósito, la conexión con Dios y el desarrollo de prácticas espirituales que ayuden en el proceso de sanación. En muchos programas de recuperación, se alienta la reconexión con la espiritualidad para darle un sentido de trascendencia al proceso de rehabilitación, además de desarrollar resiliencia para enfrentar recaídas y una comunidad adecuada al cambio.

II.5. Factores protectores

Los factores de protección son fundamentales en evitar el uso de alcohol y drogas y en minimizar el riesgo de adicción. Entre ellos:

- ✓ Relaciones familiares sanas: La familia es la base de la influencia en la vida de una persona. Un entorno cálido y afectuoso en el que se desarrollan relaciones sinceras, respetuosas, comprensivas de apoyo emocional mutuo y la comunicación abierta (Gudelia et al., 2022) disminuyen enormemente las posibilidades de recurrir al alcohol o sustancias por la persona.
- ✓ Conocimiento del riesgo. Las campañas de prevención, la educación y la concientización pública son algunos de los principales puntos para la disminución del abuso de sustancias adictivas y un conocimiento adecuado del problema (Herrera Santi, 1999). No sólo la consciencia

sobre todos los peligros que conlleva beber y consumir drogas sino también el sufrimiento al enfrentarlos.

- ✓ Incremento de la resiliencia. Una familia donde se enseña a sus miembros cómo afrontar los problemas; la adversidad de manera adecuada y saludable también fomenta la resiliencia, un elemento esencial en la prevención del abuso de drogas (Becoña, 2006).
- ✓ Toma de decisiones: La instrucción adecuada implica entender sobre la importancia de tomar decisiones informadas, responsables y adecuadas. Incluso saber decir “no” en situaciones de coacción social y optar por alternativas más saludables. Esto implica principalmente evitar parejas con problemas ya sea con sustancias o alcohol (Castillo et al., 2009).
- ✓ Manejo del estrés: El estrés, así como las dificultades emocionales son factores comunes del consumo de sustancias. Desarrollar destrezas de afrontamiento, meditación, resolución de problemas y pensamiento positivo (Calvete, 2009). Forma parte de la reducción de posibilidades de caer o recaer en el consumo de sustancias nocivas.
- ✓ Inteligencia emocional: Propiciar una alta inteligencia emocional hace posible reconocer, gestionar y expresar emociones de manera efectiva. Esto envuelve la capacidad de identificar los propios sentimientos, controlar impulsos y adaptarse a los cambios, lo cual puede minimizar la tendencia a inquirir alivio en el consumo de sustancias (Carracedo Rubio, 2018).
- ✓ Participación en deportes o actividades saludables: Involucrarse en actividades deportivas, artísticas o recreativas propicia un uso adecuado

del tiempo, así como restaurar el placer al desarrollar actividades lúdicas, en contraposición menos necesidad de recurrir a conductas destructivas (Castillo Algarra, 2007). Estas actividades propician restaurar una sensación de logro, pertenencia y bienestar físico y mental. Una alimentación equilibrada, adjunta a los 8 remedios naturales (Arteaga y Arboleda, 2017).

- ✓ Comunidades adecuadas: La inserción en comunidades que valoran la salud, el bienestar mental y el apoyo recíproco (religiosos, voluntariados o grupos de apoyo) refuerza la impresión de conexión y seguridad (Hansen Rodríguez, 2020).
- ✓ Redes de salud mental: Como un elemento incondicional es necesario propiciar acceso adecuado a procesos terapéuticos como la consejería, terapia, programas de prevención dentro de diferentes niveles de complejidad (Vegh Weis, 2011). Estos deben propiciar un espacio seguro para abordar problemas subyacentes, aun siendo necesario integrar instituciones afines.
- ✓ Tutores como referencia: Fomentar una relación adecuada con un adulto de confianza, pudiendo ser un mentor, profesor, entrenador u otro que pueda ofrecer orientación auténtica (Campoverde y Yanza, 2024). Estos retratos pueden propiciar un modelo de conducta constructiva y ofrecer apoyo emocional.

II.6. Factores de riesgo

Los factores de riesgo propician el uso o la reincidencia en el consumo de alcohol y drogas por lo cual conocer tales factores son importantes para evitarlos o minimizarlos en post de una adecuada adherencia al tratamiento, entre ellos tenemos:

- ✓ Propensión biológica: Validada de acuerdo con la correlación; los hijos de padres alcohólicos o drogadictos poseen mayor factibilidad de desarrollar problemas de abuso de sustancias (Acosta Fócil, 2020). Así también las alteraciones neuroquímicas o cuadros psiquiátricos como el trastorno depresivo, ansiedad o esquizofrenia pueden incrementar el riesgo de consumo de sustancias.
- ✓ La pobre comprensión sobre la importancia del tratamiento y sus efectos puede afectar la adherencia pues es justamente el deterioro cognitivo un elemento presente en este problema. Este proceso también contiene la capacidad de percibir los beneficios inmediatos del tratamiento y el hecho de creen en la posibilidad de recuperación (Ramírez et al., 2018). Dentro de este proceso se hace imprescindible la evaluación económica del paciente como elemento preponderante en la adherencia.
- ✓ Escenarios con riesgo alto: Dentro de nuestra realidad existe una diversidad de ambientes donde las personas residen y en algunos casos una mayor incidencia en cuanto a la venta y consumo de drogas lo cual incrementa el riesgo de caer en adicciones (Roldan, 2001).

- ✓ Traumas previos: Contempla el abuso físico, emocional o sexual durante la infancia, adolescencia o adultez lo cual incrementa la vulnerabilidad ante el consumo de sustancias (Blanco Presas, 2021). Problemas con el divorcio, violencia intrafamiliar u otros similares.

II.7. Diagnóstico Diferencial

- ✓ Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas: Pudiendo contener la dependencia de alcohol y/o benzodiazepinas, que afecta la capacidad de la gestante para adherirse a tratamientos médicos.
- ✓ Trastornos de ansiedad: La dependencia de benzodiazepinas puede estar relacionada con trastornos de ansiedad no diagnosticados o mal gestionados. Puede exteriorizarse durante la intoxicación o el periodo de abstinencia
- ✓ Depresión: La depresión puede afectar negativamente la motivación para seguir un tratamiento adecuado o permitir una mayor dependencia como una salida al problema ya que está relacionada al área afectiva.
- ✓ Trastornos del sueño: El insomnio o los trastornos del sueño pueden llevar a un mayor uso de benzodiazepinas, afectando la adherencia, considerando la apnea central del sueño secundaria o la hipersomnia secundaria relacionadas a fármacos o sustancias.

II.8. Antecedentes

II.8.1. Internacionales

Ribeiro et al. (2021) en su artículo ejecutado en la alcaldía de Bandeirantes, estado de Paraná – Brasil, estudio la: “Prevalencia e fatores asociados al uso de drogas de abuso por gestantes”. El volumen mínimo del muestreo fue de 114 colaboradores, considerando una población de 432 nacimientos/año, intervalo de certidumbre del 95%, proporción del 11% y índice de error del 5% tuvo como objetivo; “estimar la prevalencia del consumo de drogas entre mujeres embarazadas y asociarla con las variables educación, ingreso familiar, raza y número de embarazos”. Para lo cual realizó una investigación descriptiva, transversal y de carácter cuantitativo. Se halló que el 19,2% de las damas embarazadas usaban drogas. Estos datos también fueron confirmados en un estudio realizado en Maringá, Puerto Rico, donde la prevalencia fue del 18,3%. La prevalencia reportada en este estudio se considera alta e indica un problema de salud pública porque estas mujeres embarazadas están clasificadas como grupos de alto riesgo. En la evaluación estadística se observaron tres asociaciones con el consumo de drogas: uso de drogas ilícitas/alcohol, uso de drogas ilícitas/tabaco y uso de tabaco/alcohol. Tomar el fármaco sólo durante el embarazo supone un riesgo para las parejas, pero combinarlo con otros fármacos aumenta el impacto negativo sobre ambos seres.

Favier et al. (2021) realizaron una investigación en el Hospital municipal de Libolo – Kwanza - Sul – Angola, titulado su pesquisa: “Gestantes

consumidoras de alcohol. Hospital municipal de Libolo – Kwanza - Sul, Angola” tuvieron como objetivo; “caracterizar a las gestantes consumidoras de alcohol, atendidas en el Hospital Municipal de Libolo, Kwanza Sul, Angola, desde enero 2015 a Diciembre 2016”. Se aplicó el método de análisis observacional descriptivo de corte transversal para este caso. La población total consistió en 336 embarazadas, llegando a una muestra de 112, escogida bajo conveniencia. Las variables incluyeron edad, nivel educativo, costumbre de consumo de alcohol y problemas materno-fetales. Principalmente, entre las participantes se encontraban mujeres embarazadas de 15 a 19 años (38,4%) y egresadas de la educación primaria (57,1%). El uso de alcohol por riesgo con un (64,3%) fue el más frecuente, en particular entre las mujeres gestantes con edades entre los 15 a 19 con un (25,9%). Los neonatos con bajo peso al nacer (64,3%) y el nacimiento prematuro (62,5%) fueron las complicaciones más comunes. Para finalizar, la mayor parte de las mujeres embarazadas que consumen alcohol son individuos jóvenes con un consumo de alcohol de alto riesgo que ocasiona problemas para la madre y el feto, en el marco de la falta de procedimientos de prevención concretos para tratar este serio inconveniente. Los escritores sostienen que la creciente edad para beber y el incremento de nuevas mujeres embarazadas señalan una tendencia peligrosa en este campo de estudio. Esto representa un importante reto que demanda acción y reacción instantáneas. En este contexto, el uso de alcohol en la gestación se vincula con un riesgo alto de aborto espontáneo, muerte perinatal, problemas de desarrollo prenatal y posnatal, complicaciones e irregularidades en el desarrollo intelectual, además de anomalías congénitas en el infante.

Mburu et al. (2020) en su publicación: “Determinantes del consumo de drogas en las mujeres durante el embarazo: perspectivas de un estudio cualitativo” En el 2015 luego de un proceso de evaluación y selección se entrevistó a participantes, mayores de 18 años que se habían inyectado drogas en los últimos 90 días, debates en grupos de enfoque con 45 mujeres que se inyectan drogas y cinco actores principales involucrados en la provisión de servicios a individuos que consumen drogas en la costa de Kenia. Quien desarrolló un estudio temático inductivo con el objetivo de abordar temas vinculados con los factores principales del consumo de drogas durante la gestación. Los hallazgos indicaron cuatro aspectos fundamentales que definen los factores que influyen en el uso de drogas durante la gestación: (i) el uso de drogas para manejar el estrés de un embarazo imprevisto, (ii) el uso constante de drogas en la gestación para regular la abstinencia, (iii) el impacto dual de la gestación en el consumo de drogas, ya sea como facilitador o moderador del uso de drogas, y (iv) el soporte de la pareja en el papel íntimo masculino. Un gran número de participantes quedaron embarazadas mientras fumaban o se inyectaban drogas, y la afirmación más común fue que el embarazo es un incentivo más que una barrera para el consumo de drogas. Ante un embarazo no deseado, las mujeres recurren a las drogas como mecanismo de supervivencia.

Lichtenberger et al. (2015). En su estudio titulado “Intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes. Una reflexión crítica”. Exponerse al alcohol en la gestación puede causar una diversidad de contrariedades, agrupados según la expresión Trastornos del

Espectro Alcohólico Fetal. La Intervención Breve (IB), como un tratamiento de poca duración, fácilmente aplicable y altamente rentable, ha demostrado en otros contextos ser eficaz en reducir la cuantía y periodicidad del uso de alcohol en mujeres embarazadas, además de mejorar la salud de los recién nacidos. Este estudio asumió el objetivo de describir las particularidades esenciales de las IBs, basando su importancia en investigaciones previas y un uso de alcohol grave durante el embarazo en Argentina, con el fin de contribuir al esbozo de novedosos programas de intervención preventiva. Alrededor de 50 investigaciones controladas por 25 años han evidenciado que las IBs consiguen alcanzar niveles de eficacia comparables a los de procedimientos más extensivos, fundamentalmente en contextos como el área de emergencia, atención básica de salud y en poblaciones de alumnos en colegios y universidades. La IBs según evidencias forma parte de una técnica útil al instaurar cambios entre las gestantes con problemas.

Coimbra et al. (2016) en su estudio “Prevalencia y factores asociados con el uso de drogas ilegales en el embarazo en la cohorte BRISA”, tuvo como objetivo “examinar la prevalencia y los factores asociados al uso de Drogas ilícitas durante el embarazo”. Fue una investigación transversal, anidado dentro del ámbito prenatal. Utilizaron mediciones de frecuencia y modelo. Su predominio estimado fue de 1,45% por la usanza de sustancias ilícitas, 22,32% por el uso de bebidas alcohólicas y 4,22% por el uso de cigarrillos. La población, entre 20 y 34 años de edad (81%), con 9-11 años de instrucción (75,55%), más de la medianía de las mujeres entre la población inactiva económicamente (52,18%)

y en clase económica “C” (67,61%). Las damas gestantes mostraron un nivel alto de estrés (24,46%), sintomatologías de ansiedad moderados a intensos (40,84%) y síndromes severos depresivos (28,8%). Cerca de la mitad (49,72%) de las damas embarazadas refirieron haber sufrido algún tipo de violencia, teniendo la mayoría una amplia red (72,77%) y bajo apoyo social (65,21%). La detección de mujeres embarazadas con mayor riesgo del uso de drogas durante la atención prenatal puede permitir una intervención más temprana, reduciendo conductas de inseguridad para la salud y mejorar calidad de la atención materno infantil. Durante la atención prenatal se debe prestar especial atención a mujeres que reportan consumir drogas legales o que viven sin pareja o tienen altos niveles de estrés, ya que estos corren mayor riesgo del consumo de drogas ilícitas.

II.8.2. Nacionales

Breña Pajuelo (2023) en su tesis titulada: “Factores que inducen al consumo de alcohol durante el embarazo. Hospital Carlos Llanfranco La Hoz. 2023” se busca establecer los elementos que provocan el uso de alcohol en la gestación en damas en época fértil en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz durante el periodo de febrero a marzo del 2023. A través de esta investigación realizada a 184 mujeres embarazadas de 15 a 49 años pertenecientes al área de ginecología y obstetricia, se determinó que, es notable que las embarazadas de 26 a 49 años mostraron una simetría inferior de consumo de alcohol en relación con las embarazadas de 15 a 25 años. (RP crudo: 2,71 [1,36 – 5,42]; $p=0,05$). El autor detectó que los pacientes que no participaron en alguna cruzada contra el uso de alcohol durante el embarazo tuvieron un RP

crudo de 1.80 (1.02-3,17) en contraste con aquellos que sí participaron en campañas con un RP crudo de 0.042. Se observó una prevalencia mayor entre quienes piensan que la cuantía adecuada de alcohol para embarazadas es un vaso, en contraste con las que sostienen que ningún (RP crudo: 1,13 [0,39 – 3,27]; $p=0,825$ y RP crudo: 0,87 [0,14 – 5,44]; $p=0,88$ respectivamente). En conclusión: Es más frecuente que las mujeres de 15 a 25 años consuman alcohol. En contraposición, se descubrió que las amas de casa mostraron una prevalencia inferior del uso de alcohol en comparación con las empleadas y que la mayoría de los individuos encuestados desconocen acerca del Síndrome de alcohol fetal. Se aconseja que los programas y acciones preventivas no solo se enfoquen en instruir sobre los peligros asociados al uso de alcohol durante la gestación, así como abordar aspectos esenciales, como el soporte social, los dogmas y ajustarse a los grupos etarios determinados.

Cáceres Vargas, (2018) en su trabajo académico titulado: “Factores de riesgo psicosocial en consumo de alcohol en adolescentes gestantes atendidas en un Hospital General – Lima” teniendo el objetivo de “describir los factores de riesgo psicosocial que presentan las adolescentes gestantes consumidoras de alcohol atendidas en un hospital general”. Como enfoque de esta investigación el tipo descriptivo y la metodología no experimental. Su muestra deliberada consistió en 15 adolescentes embarazadas del Hospital 2 de Mayo. Las herramientas empleadas incluyeron: sondeo sociodemográfico, consulta de historial médico y Examen de Detección de Trastornos de Uso de Alcohol-AUDIT. Los hallazgos indican que 54% está en un peligro psicosocial

medio, un 32% alto y un 15% bajo. Los casos más frecuentes son de índole individual (46%), familiares (39%) ambos simplifican la búsqueda de lugares de esparcimiento como encuentros sociales donde se ingiere alcohol. En términos de relaciones, la mayoría comenzó a consumir a causa de sus parejas y sociales (15%), también un consumo intermedio de alcohol. En resumen, las jóvenes se hallan en un contexto de vulnerabilidad psicosocial, especialmente si no finalizan su educación, lo que aumenta su riesgo en un 25%. Además, se requiere de medidas diferenciales de protección, fomento de factores de protección y educación acerca de los peligros del consumo de alcohol durante la gestación. Para su recuperación, es imprescindible sugerir a estas jóvenes y adolescentes actividades de organización familiar, educación en valores, uso correcto de métodos anticonceptivos, educación sexual en salud reproductiva e informar acerca de las repercusiones del consumo de drogas en el feto e informar acerca de las repercusiones del uso de drogas en el feto.

Blas Bergara, (2018) en su estudio denominado: “Programa preventivo para identificación de conductas adictivas en mujeres, dirigido al personal técnico de enfermería en un hospital general de Lima metropolitana, 2018”. Asumió el objetivo de determinar el efecto de la aplicación del programa preventivo para identificación de conductas adictivas en mujeres, concluyendo que las mujeres comienzan a usar sustancias psicoactivas y/o adoptar determinadas conductas adictivas por motivaciones diferentes a los de los hombres, que pueden estar relacionados con la violencia doméstica, el trauma, dependencia financiera, nivel de educación, etc. El estudio desarrollado fue de tipo descriptivo y el diseño de

investigación fue pre experimental, de tipo pre y post sin grupo control. Su muestra fue definitiva por convergencia consta de 30 técnicas de enfermería. Los resultados muestran que el uso de programas preventivo para identificar conductas adictivas en mujeres dirigidas a trabajadores técnicos ayuda y mejora la data en cuanto a efectos positivos e incremento en la detección de casos.

III. EVALUACIÓN

III.1. Técnicas o métodos de evaluación

El proceso de desarrollo del presente caso clínico contempló como técnicas: La entrevista clínica semiestructurada para obtener información detallada de la paciente; la historia clínica completa donde se consideraron los factores previos, diagnósticos, tratamiento; la observación directa durante las consultas y tratamiento; la evaluación psicológica determinando factores emocionales, cognitivos y conductuales; finalmente la entrevista familiar para comprender sus dinámicas e influencia del entorno.

Los instrumentos empleados son las siguientes pruebas psicológicas: Inventario clínico multiaxial de Millón II (MCMI-II) publicado el 2007 por Theodore Millon el cual permite la evaluación de la personalidad y trastornos mentales a través de 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa y 4 escalas de control. Consta de 175 items con una escala de verdadero y falso. Cuestionario de depresión de Beck BDI – II tiene como autores a Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown su adaptación española fue el 2011 aplicable al área de Psicología clínica, forense y Neuropsicología diseñado para evaluar el constructo de la depresión con 21 items valorados según un rango mínimo, leve, moderado y severo. Cuestionario de Esquemas de Young YSQ – S3 – JY05 desarrollado en 1994 consta de 71 item valorados según su escala desde 1 (Completamente falso sobre mí) hasta 6 (Me describe perfectamente. Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT) tiene como autores Saunders JB, Aasland OG,

Babor TF, De La Fuente J, Grant M. tiene la finalidad de identificar los Trastornos del Uso de Alcohol consta de 10 items. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a las 8 reacciones adversas y los dos últimos problemas relacionados con el consumo de alcohol.

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud el 2011, el cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), Alucinógenos, Opiáceos y otras drogas. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’; asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses.

III.1.1. Observación psicológica

Joven denota una apariencia mayor a su edad cronológica, de contextura gruesa, de mediana estatura, cabello largo negro, de rostro ovalado de tez clara. Durante la entrevista se muestra colaboradora, de aliño adecuado con un lenguaje fluido y un tono de voz suave; a medida que narra su situación, se percibe poco gesto facial y más expresión con los ojos como agrandándoles cada vez que desea dar énfasis en su narración. Su sonrisa se resalta cuando habla de su problema con

el alcohol y de los medicamentos; sin embargo, cuando menciona a su familia y los problemas de violencia con su pareja y el embarazo que lleva, se quiebra, derrama lágrimas, se muestra muy ambivalente en sus emociones y en sus decisiones. La joven está ubicada en tiempo espacio y persona con funciones cognitivas superiores conservadas. De nivel intelectual no verbal bajo, pobre habilidad cognitiva para resolver problemas. Personalidad introvertida, deficiente estimación de sí misma, debilidad del yo, búsqueda de aceptación, dificultades de adaptación social, insegura con baja autoestima muestra apatía, sentimientos de culpa, tendencia al llanto, desmotivación, ansiedad y una tristeza muy marcada que surgen desde la infancia.

III.1.2. Entrevista psicológica

Situación presente. *“Me levanto a las 5:00 am o a veces entre las 8:00 a 9:00 am todo depende si mi pareja llega de madrugada ebrio, luego hago el desayuno y como rápido, para ordenar el cuarto y a lavar los servicios”.* Luego de prepararse para ir a la universidad, a veces llega tarde, o ya no va, todo depende si ha tenido problemas con su pareja ya que sufría agresión física. Por la tarde desarrollaba sus trabajos de la universidad a veces sola o en grupo. Muchas veces ni siquiera va a la universidad porque antes de ingresar se encuentra con sus amigos y le invitan *“un parcito para compartir”* con quienes se pierden algunos días.

Ambiente familiar. Su mamá es tranquila, no busca pelea; busca soluciones, a veces es muy terca no quiere que su hija sea madre soltera

diciéndole: *“échale ganas a tu relación con R funcionará, sabiendo que llega casi a diario ebrio y me es infiel. Mi mamá tiene 54 años es técnica en enfermería y tiene sordera parcial”*. Un día fue a buscar a su papá a los 10 años del cual hace referencia *“Mi papá es una bestia, le gritaba a mi mamá, muy imponente, lo manipulaba y no le gustaba que le digan no. Mi mamá se resignó a eso. Mi abuelo era violento con mi mamá. Mi papá me negó y no quería que yo naciera”*. Tiene 7 medios hermanos. Cuando su padre se enteró que estaba embarazada le pegó estando sano y de allí no volvió a venir, él quiso que abortara a su hijo.

Primeros recuerdos. Lo que recuerda de su infancia es que *“a todos decía papás”*, cuando fue creciendo la distinción que hacía mi abuela entre su prima y ella le lastimaba mucho, *“no me quería porque, yo era la nieta no legítima”*. En la adolescencia se volvió rebelde, porque era de provincia, quería crecer e irse lejos, recorrer el mundo. Comenzó a tomar alcohol a partir de los 13 años desde entonces empecé a ir a fiestas.

Nacimiento y desarrollo. Embarazo de su progenitora no planificado, cesárea. La madre tuvo asistencia profesional pues el parto se realizó en un hospital, no se presentaron dificultades durante el parto. No se obtuvo información respecto al peso al nacer, talla y Apgar. Su desarrollo psicomotor estuvo dentro de parámetros normales. Logra la marcha hacia el año y medio de edad, la coordinación de movimientos finos y gruesos fue normal; habla aproximadamente al año. Recibió lactancia materna aproximadamente durante un

año luego su alimentación fue normal sin dificultades. Control de esfínteres a los tres años.

En la infancia era una alumna floja, no tenía ganas de estudiar se sentía sola, indefensa, su mamá trabajaba mucho, sus abuelos la cuidaban y *“me insultaban me decía que era inútil que no sabía nada, mis compañeros me decían que no tenía papá, se burlaban y sentían pena las madres de familia, no era muy sociable, pero los pocos que tenía me invitaban a sus casas para comer y mi rendimiento académico era pésimo. A los 6 años me quise matar lanzándome del 2do piso porque yo pensaba que no tenía papá, pero vino mi tía y me ayudo”*. A los 11 años cuando conoció a su papá quien dijo que no era su hija y la agredió, deseando morir, al sentirse confundida con sentimientos encontrados e ira por lo que intentó matarse tomando 2 blísteres de pastillas antidepresivas de su mamá. En la juventud llegó a emergencia por intoxicación alcohólica, en una ocasión se cayó de las escaleras porque estaba intoxicada por el alcohol y por consumir una droga azul la cual desconoce su nombre.

Educación y entrenamiento. Ante la consulta sobre los colegios en que estudió y que puesto ocupaba generalmente tenemos que su educación inicial estudió en el Centro de Educación inicial Apurímac en Arequipa, *“recuerdo que era floja, conflictiva, contestona no me quedaba callada, berrinchosa y lloraba cuando no obtenía lo que deseaba”*. La primaria lo realizó en Desaguadero - Puno hasta el 4to grado, era flojita en sus estudios, los profesores le regalaban las notas porque su mamá trabajaba como técnica de enfermería en el Centro de salud.

Luego su mamá se fue a trabajar en Juli allí estudió 5to y 6to grado de primaria, allí fui más responsable estaba como una alumna promedio.

La secundaria estudio en el colegio María Auxiliadora - Puno allí *“me veían como una chica del campo se burlaban de mí y estaba cansada de ser mal vista y decidí cambiar y experimentar”*. Recuerda que vivía sola frente al colegio y su mamá llegaba a casa después de 4 días ya que era madre soltera tenía que salir a trabajar así era la rutina, yo hacía mis cosas sola, allí empezó a dejarse influenciar con mis amigos a quienes veía como hermanos. *“A los 17 años cuando acabe el colegio fui a la casa de una amiga para estudiar el examen de admisión yo quería estudiar medicina, pero ella me llevo a la casa de su amigo diciendo que aprendería mejor si consumiría marihuana”* todo ello termino cuando no ingreso a la universidad. *“Quería estudiar música mi mamá no quiso, me dijo que tenía que ser médico y no ingresé; conseguí folletos de la Universidad Andina postulé e ingresé en sexto puesto”*. Con el tiempo me gustó la carrera. Terminó el año y me puse a estudiar en el ESFA música, conocí a R en el 2017 y me apoyaba, además me daba la facilidad para consumir alcohol y dinero para comprar de clonazepam y un alprazolam con las recetas del psiquiatra, estuvimos 7 meses, nuestra relación fue muy fugaz hizo que cada cosita fuese especial y me presentó a su familia como su enamorada.

Trabajo y recreación. Mi primer trabajo fue cantando en *“los villanos yo fui feliz con mi trabajito, era la menos pagada pero así empecé a crecer como músico”*. Cada fin de semana trabajaba en diferentes agrupaciones haciendo

música o en algunos eventos. Su interés es hacer música, nunca le dice no a nada le gusta experimentar y aprender cuando se trata de la música le invitan las orquestas y de esa manera se comercializa más, viaja mucho para diferentes eventos. En cuanto a su actividad física, le cuesta hacer, ya que no es de su interés y se siente muy pesada peor aún ahora que está gestando. De sus actividades religiosas antes de quedar embarazada pertenecía a la parroquia San Antonio y participaba en el coro haciendo música. En cuanto a su interés recreativo, salir de viaje, paseos donde hay eventos fiestas y consumo de alcohol.

Desarrollo sexual. A los 5 años tuve mi primera curiosidad al ver novelas y cuando preguntaba me decían: *“tú no debes preguntar eres mujercita, vi una vez a mi tío masturbándose yo tenía 8 años y recuerdo que vi unos discos pensé que era música al ponerlos resulto siendo pornografía y me quedé impresionada”*. A los 11 años me vino la menstruación, a los 15 años intentaron abusar sexualmente de mí, a los 18 años mi primera relación sexual. Cuando comenzamos a salir con R me dijo que tenía 25 años, no era de agrado para mis amigos verme con él. *“Me volví dependiente de él. Dos a tres veces por semana salía a tomar alcohol con él. Y luego le mentía para salir a tomar con mis amigas”*.

Relación con la pareja. Un día su pareja la encontró tomadita y le dijo que se dieran un tiempo, y se consiguió otra pareja, al comunicarse su trato era inadecuado luego se fue a Arequipa. Tal proceso la afectó, se aisló y no salía, no comía, todas las noches lloraba, le extrañaba demasiado, no podía dormir, me daba tanta cólera, que la haya juzgado, tratado como una mujer de la vida. *“Me*

dije a mí misma voy a tomar alcohol, hare peores cosas. El día de su cumpleaños le llamé y le dije sería bueno que hablemos los dos y podemos recuperar algo. Me dijo sabes yo no quiero regresar contigo”. Su pareja es albañil y consume alcohol casi a diario, usualmente está ebrio, trabaja para gastar en los bares y cantinas, le es infiel, le insulta, chantajea, agrede, *“es celoso y controlador, no toma en cuenta mis opiniones, para mi mamá y mis abuelos es encantador y lo aman él saca provecho para pedir a veces plata prestada, pero conmigo es todo lo contrario, no es un apoyo”.* Siente dependencia de su pareja.

III.1.3. Examen mental

Porte, comportamiento y actitud. La paciente no aparenta la edad informada, es de estatura mediana, contextura gruesa, adecuado orden y aseo sin uso de maquillaje o accesorios. Es de tez blanca, cabello negro, largo y lacio. Su postura es erguida, su marcha estable. Referente a sus gestos no existe alguno marcado o repetido. Su expresión facial denota tristeza y preocupación todo el tiempo, mantiene contacto visual con la evaluadora. Su tono de voz es normal, se expresa con claridad, mantiene una conversación tranquila, llegando al sollozo en ocasiones, al recordar episodios de su vida. La actitud hacia la examinadora es adecuada, manifiesta su problema de manera abierta, busca que la escuchen, mantiene contacto visual con la evaluadora, colabora con las preguntas realizadas añadiendo comentarios y detalles personales.

Conciencia y atención. Conciencia y estado de alerta; se encuentra lúcida en sus respuestas y acciones, coherentes adecuada relación con su entorno. Se

mostró en estado de alerta y vigilante durante las evaluaciones. Orientación; orientada en tiempo, espacio y persona; refleja un adecuado conocimiento de sí misma, del medio que la rodea, así como el tiempo y el lugar donde se encuentra. Atención; en la entrevista inicial muestra una atención voluntaria adecuada, sin embargo, durante el proceso de evaluación se observa que al recordar eventos vividos dirige su atención a estos y se distrae, necesitando ayuda para volver a dirigir su atención.

Curso de lenguaje (pensamiento). Su lenguaje expresivo es coherente, claro, con velocidad y curso adecuado. Inicia y continúa un diálogo sin dificultad mostrando fluidez adecuada, únicamente se evidencia una disminución en el ritmo del habla cuando recuerda eventos del pasado. Su lenguaje receptivo es normal, refleja una adecuada comprensión del lenguaje oral y escrito. Su pensamiento es adecuado en curso. En cuanto al contenido de su pensamiento, presenta ideas de preocupación por el suceso ocurrido, deseos de superarse y sacar adelante a su hijo. No presenta otro tipo de alteraciones.

Emociones, estado de ánimo, actitudes emocionales. Presenta un estado de ánimo disfórico, sentimiento de malestar emocional, tristeza y preocupación debido al momento que está atravesando, el cual relata en la entrevista denotando en su expresión facial gestos y lenguaje tristeza, tendencia al llanto, sufrimiento, sentimientos que trata de controlar. Asimismo, ánimo y energía disminuida, desmotivación frecuente, expresión afectiva disminuida, de igual forma muestra deseos de recibir ayuda. Ha mostrado poco interés en las personas a las que

frecuentaba generalmente en la iglesia, trata de estar en el lugar, pero no tiene ánimo para organizar algunas actividades solo hace lo necesario y busca estar cerca de personas que la puedan animar.

Memoria, capacidad intelectual. La memoria, tanto reciente como remota, se encuentra conservadas mostrando una adecuada retención y evocación de la información presentada, así como de experiencias pasadas. En cuanto a su funcionamiento intelectual, es normal, logra realizar procesos de análisis, síntesis y generalización sin dificultad, su pensamiento lógico y abstracto son adecuados, interpretación y juicio adecuados.

Percepción. La percepción visual, auditiva, táctil y olfativa se presenta sin alteraciones.

III.2. Instrumentos de Evaluación

Para realizar la valoración psicológica del presente estudio de caso, se utilizaron los siguientes instrumentos:

III.2.1. Inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II)

Autor: Th. Millon, Theodore. Significación: Evaluación de la personalidad a través de 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa y 4 escalas de control. Tipo de aplicación: Individual y colectiva Rango de aplicación: Adultos Duración: Variable, entre 20 y 30 minutos. Adaptaciones o Baremos: Baremos en

puntuaciones de prevalencia (PREV) a partir de una muestra clínica española. Descripción: Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso que permiten la evaluación de rasgos de personalidad y psicopatología correspondientes a las categorías diagnósticas del DSM (Eje II: Categorías de personalidad y Eje I: trastornos clínicos) (Hernández et al., 2017; Millon, 2002).

III.2.2. Cuestionario de depresión de Beck BDI – II.

Nombre del test: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. Editor de la adaptación española Pearson Educación, S.A. Fecha de la última revisión del test en su adaptación española: 2011 Constructo evaluado: Depresión. Área de aplicación: Psicología clínica, forense y Neuropsicología (Sanz et al., 2014; Sanz y Vázquez, 2011).

III.2.3. Cuestionario de esquemas YSQ – S3 – JY05.

Nombre del instrumento: Cuestionario de Esquemas de Young. Autor: Jeffrey Young Año: 1994. Ítems: 71. Cada ítem puede puntuar desde 1 (Completamente falso sobre mí) hasta 6 (Me describe perfectamente). Objetivo: Evaluar los Esquemas Mal adaptativos Tempranos. Ámbito de aplicación: 16- 40 años. Adaptación: Junior Renzo Hilario Sanz. Año de adaptación: 2016. Población: La muestra fue de 362 universitarios de Villa El Salvador. Validez: validez de contenido: por el método de criterio de jueces, con puntajes V de Aiken

mayores a 0.80 y validez de constructo: por el método de correlación ítem-test, obteniendo sus ítems una correlación mayor a 0,57. Confiabilidad: Coeficiente de Alpha de Cronbach de 0,963 para todo el instrumento. Método de Mitades de Guttman con un coeficiente total de 0,811. Método test retest, con una correlación de 0,827 para todo el cuestionario. Baremos: Para establecer el límite de la presencia significativa de los esquemas mal adaptativos tempranos a partir del percentil 75. Los ítems del cuestionario se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, representando la presencia de los esquemas (Matute, 2019; Quiñones et al., 2018).

III.2.4.AUDIT

Nombre: Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol. Autor: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Referencia: Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. Rev Clin Esp 1998; 198: 11-4. N° de ítems:10. Tiempo de administración:10 - 30 min. Área terapéutica: Funcionamiento y calidad de vida, Factores de riesgo y protectores, Varios. Fiabilidad: La alfa de Cronbach es de 0,8. Validez: Posee buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$) y con determinaciones analíticas, como la GGT ($r = 0,31$ en varones y $0,46$ en mujeres) (Babor et al., 2001).

III.2.5. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias

(ASSIST)

Desarrollada por la Organización Mundial de la Salud el 2011, el cuestionario consta de ocho preguntas puede detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodicepinas), Alucinógenos, Opiáceos y otras drogas. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’ puntuaciones de ‘tres o menos’ (‘10 o menos’ para alcohol), ‘moderado’ puntuación de ‘entre 4 y 26’ (‘11 y 26’ para alcohol) o ‘alto’ puntuación de ‘27 o más’ en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia. El ASSIST expuso una consistencia interna alta, con un coeficiente de Cronbach de 0.93 (95% CI: 0.89, 0.92, $p < .001$) (OMS, 2011; Rubio et al., 2014).

III.3. Procedimientos de la evaluación

Inicialmente la paciente se presentó en el área de emergencia del hospital, por vómitos incontrolables. La primera entrevista la realizó el personal de enfermería quien la designó al médico de turno. Por la complicación del caso se emite la orden de hospitalizarla en el servicio de gineco obstetricia donde se hace la interconsulta al Servicio de Salud Mental - Psiquiatría. Una vez atendida por el psiquiatra, se procede a detener la medicación debido a las complicaciones en su salud mental y por posible afección en el embarazo por la que se realiza la interconsulta al servicio de psicología para su pronta intervención por ser de riesgo. La gestante recibió pronta atención en el servicio de psicología, en primera

instancia se desarrolló la historia clínica mediante la entrevista, evaluando todos los antecedentes. La observación y valoración de su conducta; iniciando en el área cognitiva con la finalidad de evaluar la terapia a desarrollar, en la segunda y tercera entrevista se realizó la evaluación complementaria mediante los instrumentos establecidos como necesarios y acertados señalado en el apartado 3.2. Con sus resultados obtenidos se procedió a elaborar un buen plan de intervención. Cabe señalar que para este proceso de evaluación forma parte de un esquema predefinidos en normas técnicas, manuales y guías de procedimiento ya sea por el Ministerio de Salud u otras instituciones relacionadas.

III.4. Presunción diagnóstica del problema

Como conclusión de la evaluación psiquiátrica a la paciente se estableció el siguiente diagnóstico:

- | | |
|-------------------------------|-------|
| ✓ Alcoholismo | F10.2 |
| ✓ Violencia sexual | T742 |
| ✓ Episodio depresivo moderado | F32.1 |

Para delimitar la presunción diagnóstica se tomó en cuenta lo objetivo como: Historial clínico que evidencia consumo de benzodiazepinas y alcohol, reportes de ingreso y reingreso a emergencias. Factores biomédicos que podrían limitar la adherencia al tratamiento (síndrome de abstinencia, complicaciones obstétricas). Del mismo modo el elemento subjetivo: La percepciones y actitudes de la paciente hacia su necesidad de tratamiento; los factores emocionales percibidos como ansiedad, depresión o estrés requiere una intervención inmediata.

Dentro de la evaluación psicológica y basados en los datos recabados se puede señalar como diagnóstico complementario:

- ✓ Trastorno límite de la personalidad F60.3
- ✓ Dependencia de alcohol con abstinencia, no especificada
F10.239
- ✓ Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos F13.10
- ✓ Violencia familiar R453.

III.5. Resultados obtenidos de cada instrumento

III.5.1. Inventario clínico multiaxial de MILLON II

Tabla 1

Resultados cuantitativos prueba de MILLON - II

Escalas de validez	Puntaje final
Validez	<i>Valido</i>
Sinceridad	100
Deseabilidad social	45
Auto descalificación	100
Patrones Clínicos de personalidad	
Esquizoide	79
Evitativo	121
Dependiente	75
Histriónico	83
Narcisista	71
Antisocial	116
Agresivo sádico	101
Compulsivo	64
Pasivo agresivo	121
Auto destructivo	121
Patología severa de personalidad	
Esquizotípico	113
Bordelinde (Limite)	109
Paranoide	77
Síndromes clínicos	
Ansiedad	102
Somatomorfo	89
Bipolar	67
Distimia	104
Dependencia de alcohol	115
Dependencia de drogas	115
Síndromes severos	
Desorden del pensamiento	103
Depresión mayor	122
Desorden delusional	75

Resultados cualitativos. De la prueba realizada se denota, en base a la escala de validez, que la prueba es legítima. Dentro de la escala correspondiente a los patrones clínicos de personalidad, las subescalas con un indicador elevado comprenden: pasivo-agresivo denotando la existencia de un conflicto con cualquier figura superior especialmente relacionada al área paterna, con resentimientos acumulados y una dependencia de las sustancias que afectan las relaciones interpersonales y sus sentimientos de inferioridad. Autodestructivo con la tendencia de sabotear sus propios esfuerzos prefiriendo ingerir bebida o sustancias a desarrollar sus labores académicas o el desarrollo de su bebe lo cual produce sentimientos de culpa y vergüenza. Evitativo, extremadamente sensible a señales de desaprobación siendo en algunos casos muy crítica hacia sí misma o anticipar lo peor.

Dentro de la escala denominada Patología severa de personalidad, las subescalas con un indicador elevado comprenden: Esquizotípico con dificultades para formar relaciones cercanas ya sea con sus familiares directos e indirectos como el padre de su hijo con quien su periodo de convivencia ha sido muy corto por sus limitaciones en la expresión y recepción de emociones lo cual dificulta sus relaciones cercanas y las limita en su significancia. Borderline experimentando emociones intensas especialmente expresada en los conciertos y luego de ellos, cambiantes e impulsivas denotando en la conducta riesgosa del consumo de sustancias y un miedo profundo al abandono por la sensación constante de vacío y un propósito lejano o casi inalcanzable ante la situación del consumo de sustancias.

Dentro de la escala designada Síndromes clínicos, las subescalas con un indicador elevado comprenden: Dependencia al alcohol donde existe una historia de alcoholismo tratando de superarlo con poco éxito generando malestar personal, familiar y laboral. Dependencia de sustancias habitualmente le cuesta reprimir sus impulsos para tenerlos al límite social, es incapaz de manejar las consecuencias personales de este comportamiento.

Dentro de la escala nombrada Síndromes severos, las subescalas con un indicador elevado comprenden: Depresión mayor con la incapacidad de funcionar en un ambiente normal, severamente deprimida expresando pavor ante el futuro e incluso ideación suicida. Los problemas de concentración presentes en sus horas de estudio, así como los sentimientos de poca valía aunados a la separación del padre de su hijo y de culpa por una pobre relación con su madre, sentimientos de daño hacia su hijo y una frustración constante a su proceso de estudios universitarios. Los miedos repetitivos a cada una de estas situaciones y las cavilaciones se observan con frecuencia.

III.5.2. Cuestionario de depresión de Beck BDI – II.

Tabla 2

Resultados cuantitativos cuestionario de Beck BDI - II.

Puntuaciones totales	Rango
0-13	Mínimo
14-19	Leve
20-28	Moderado
29-63	Severo
Recuento total de puntos de criterios	26 puntos

Resultados cualitativos. La paciente obtuvo en la evaluación una calificación de 26 puntos, lo cual está dentro del rango de una depresión moderada. La disminución de la atención, así como la concentración, la pérdida de confianza para poder concluir sus estudios y establecer un núcleo familiar con sentimientos de inferioridad lo cual la conlleva a ideas de culpa e inutilidad frente a la vida personal y laboral generando una perspectiva sombría del futuro aun con pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones. El deterioro social que se ha trastornado en un perjuicio para su situación académica y laboral.

III.5.3. Cuestionario de esquemas YSQ – S3 – JY05.

Resultados cuantitativos y cualitativos.

Privación emocional y dependencia (21 puntos severo). Genera en la paciente expectativas, como el deseo de apoyo ante cualquiera de las situaciones que atraviesa que queda insatisfecha ante su problema de dependencia aferrándose a quien apenas le muestre un ápice de apoyo o preocupación por ella. Ante tal frustración se priva de cuidados o protección para desarrollar sus actividades con cierta autonomía.

Desconfianza y abuso (24 puntos severo). Suele mostrarse desconfiada y a la expectativa de que los demás la perjudicarán, abusarán, humillarán, engañarán, manipularán o se beneficiarán de uno. Tal situación dificulta la capacidad de establecer relaciones interpersonales sólidas y duraderas.

Vulnerabilidad (22 puntos severo). La paciente experimenta miedo exagerado a que una catástrofe inminente le sorprenderá en cualquier momento y a que uno sea incapaz de impedirlo especialmente relacionada con una sobredosis, intoxicación o la pérdida de su bebe, lo cual provoca el estar en un estado hipervigilante.

Auto sacrificio (Puntuación 25 grave). El exceso de atención por satisfacer voluntariamente las necesidades de los demás y así poder establecer alguna relación por pequeña que se para satisfacer sus propias necesidades de relación, lo cual deviene en una dependencia como consecuencia.

Negativismo (Puntuación 25 grave). Ante los problemas de consumo de sustancias no logra visualizar un futuro prometedor, más aún con el embarazo y el reto de enfrentarlo sola y el dinero y tiempo que esto requiere. Antes podría trabajar estando sola.

III.5.4. AUDIT

Tabla 3

Resultados cuantitativos prueba de AUDIT

Puntuación total	Rango
0 - 7 Puntos	Riesgo bajo
8 - 15 Puntos	Riesgo medio
16 - 19 Puntos	Riesgo alto
20 - 40 Puntos	Probable adicción
Recuento total de puntos de criterios	35 puntos

Resultados cualitativos. Consumo de alcohol perjudicial. La paciente evidencia sentimiento de culpa tras el consumo, lagunas de memoria, lesiones relacionadas al alcohol y violencia. El consumo afectó la salud física y mental, aunque algunos daños derivados del consumo de alcohol también incluyen consecuencias sociales. La dependencia esta refrendada por la incapacidad de limitar su consumo que puede llegar hasta una semana lo cual ha incrementado considerablemente sus niveles de tolerancia. Junto a ello las reacciones fisiológicas clásicas ante el proceso de abstinencia como la sudoración, ansiedad o temblores al interrumpir el consumo. Llegando a un proceso de persistencia por la simple necesidad de ingerir bebidas o sustancias o ante la incapacidad frustrante de poner límites o reestructurar su vida. Incluyendo finalmente negligencia ante su vida personal, en el área sexual, en el área educativa dejando de lado sus estudios y el área familiar ingiriendo a pesar de su embarazo.

III.5.5. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias

(ASSIST)

Tabla 4

Resultados cuantitativos de la prueba de ASSIST - PRETEST

Sustancia	Puntuación	Nivel de riesgo
a. Productos derivados del tabaco	-.-	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas	37	0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis	-.-	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína	-.-	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico	-.-	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes	-.-	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o pastillas para dormir	39	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos	-.-	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos	-.-	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
j. Otros - especificar	-.-	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

Resultados cualitativos. Los puntajes obtenidos denotan bebidas alcohólicas y sedantes o pastillas para dormir están dentro de un rango alto lo cual está corroborado por los ingresos que ha tenido en el área de emergencias, aun con riesgo de interrumpir el embarazo o de caso concretarlo el feto nazca con retraso en su crecimiento, discapacidades intelectuales o motoras entre otras.

III.5.6. Área familiar

A nivel del área familiar mediante la entrevista principal se logró denotar que fue testigo de violencia familiar de su progenitor durante la infancia, por la que no se evidencia vínculo cercano sino rechazo, con respecto a la figura materna, su vínculo es muy estrecho pero conflictivo debido a resentimiento y rencor por haberla dejado a cuidado durante toda su primaria con la abuela política materna donde recibió rechazo humillaciones y discriminación la que alimentó su rebeldía, y el comportamiento desenfrenado por el consumo de las sustancias ha generado preocupación sentimiento de culpa en su progenitora no hallando como ayudarla debido a que trabaja muy lejos y solo logra estar con ella algunas veces rutina que viene de años. Ahora refiere que sus progenitores están separados y respecto a ella su relación de pareja es disfuncional ya que él es alcohólico, ejerce violencia con ella y además manipula a su progenitora a favor de él y en contra de ella haciéndola ver como incapacitada mental.

IV. INTERVENCIÓN

IV.1. PROBLEMA DELIMITADO

La paciente fue una mujer de 20 años en proceso de gestación, refleja un nivel intelectual no verbal que se ubica en una categoría bajo la cual nos indica una pobre habilidad cognitiva para resolver problemas. Su personalidad tiende a la introversión, con una deficiente estimación de sí misma, debilidad de yo, búsqueda de aceptación. El descontrol con la bebida alcohólica y la benzodiacepina la expuso en riesgo de sufrir abuso sexual generando en la paciente gestante problemas de salud mental y alteraciones emocionales. La intervención realizada fue sobre los factores asociados a la adherencia al tratamiento en una gestante consumidora de benzodiacepina y alcohol que acude a emergencias de Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno.

IV.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

IV.2.1. Objetivo general

- ✓ Determinar los factores asociados a la adherencia al consumo para disminuir la sintomatología coligada a la adicción a partir del tratamiento y la recuperación en una gestante consumidora de benzodiacepinas y alcohol que acude al servicio de emergencias del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno.

IV.2.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar factores psicosociales y clínicos asociados al consumo de alcohol y benzodiazepinas.
- ✓ Determinar los principales obstáculos en el acceso y continuidad del tratamiento en la paciente gestante, así como la prevención de recaídas.
- ✓ Fomentar estrategias de regulación emocional y autocontrol.
- ✓ Concientizar el impacto del consumo de benzodiazepinas y alcohol en la salud materno fetal reconociendo las consecuencias de su adicción.
- ✓ Identificar y modificar pensamientos disfuncionales y/o creencias irracionales por medio de técnicas de reestructuración cognitiva.
- ✓ Reducir la sintomatología ansiosa depresiva abordados en la evidencia.
- ✓ Valorar los elementos espirituales en el proceso y el restablecimiento.
- ✓ Fortalecer la motivación para el cambio mediante técnicas y estrategias de refuerzo positivo que faciliten la adherencia al tratamiento.
- ✓ Reconocer los factores de riesgo y protección afines a la adherencia al tratamiento en el contexto del proceso de gestación.

- ✓ Desarrollar habilidades para afrontar y manejar el estrés mediante estrategias de regulación emocional, relajación y resolución de problemas como un mecanismo de salida.
- ✓ Fortificar la autoeficacia y empoderamiento desarrollando confianza.
- ✓ Reforzar la red de apoyo social y soporte familiar en la terapia.
- ✓ Favorecer la adherencia al tratamiento psiquiátrico y psicológico por medio de metas concretas y monitoreo continuo.
- ✓ Promover la construcción de un proyecto de vida saludable.

IV.3. TÉCNICAS DE LA INTERVENCIÓN

Tabla 5

Selección y sustento de las técnicas empleadas, áreas 1 al 3

PRIORIDAD	ÁREAS	TÉCNICA
I	AFECTIVO EMOCIONAL	Psicoeducación sobre el uso de alcohol, identificación, manejo de esquemas, aceptación emocional para que entienda y visualice el panorama completo de restauración, así como los beneficios. Técnicas de relajación progresiva y respiración diafragmática para disminuir la ansiedad y mejorar el control emocional. Evaluación corporal para establecer relación entre sus signos y síntomas.
II	COGNITIVO	Identificación de estímulos activadores y situaciones de riesgo de consumo para prever una recaída y poner un alto. Reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades de afrontamiento para afrontar y modificar su conducta para establecer nuevos parámetros. Sensibilización encubierta, a fin de deshabituarse el consumo por ser determinante en el proceso de reestructuración cognitiva y su capacidad de ser comprendido. Atención plena (Mindfulness) aprender a estar en el presente y evaluar sus pensamientos y emociones
III	ESPIRITUAL	Búsqueda del sentido de vida para reflexionar sobre el propósito y la importancia de su bienestar. Oración y reflexión personal para reforzar su conexión espiritual. Compromiso con un propósito superior y aceptación del sufrimiento como parte de un proceso de crecimiento espiritual

Tabla 6*Selección y sustento de las técnicas empleadas, áreas 4 al 6*

PRIORIDAD	ÁREAS	TÉCNICA
IV	SOCIAL	Técnica de apoyo social para evaluar y fortalecer la red de apoyo y reducir el riesgo de recaídas. Entrenamiento en habilidades interpersonales para fomentar relaciones saludables y mejorar la comunicación. Tolerancia al malestar para sobrellevar emociones difíciles como el rechazo o la coacción. Empleo de técnicas de autocontrol con la finalidad de identificar situaciones de riesgos. Técnica del “Tiempo fuera” uso de pausas para evitar discusiones destructivas.
V	FAMILIAR	Técnica de reencuadre para educar a la familia en los problemas y consecuencias por causa del consumo de sustancias, intervención en patrones de comunicación para mejorar el soporte, dinámica familiar y fortalecer el soporte durante el proceso de tratamiento, por ser uno de los elementos que favorecen el problema de consumo de sustancias. Genograma familiar un análisis del árbol genealógico para identificar patrones de adicción, conflictos u otros determinantes. Técnicas de reencuadre y Role-playing para reformular situaciones familiares y darles un significado positivo y constructivo.
VI	PRODUCTIVA	Técnicas de auto verbalización (autoinstrucciones), reforzando la comunicación intra-psíquica. Técnica de establecimiento de metas SMART definir objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con un tiempo determinado. Terapia basada en el arte o manualidades para mejorar la autoestima y tener un horario con actividades adecuadas. Desarrollo de un plan de vida y carrera post recuperación.

IV.4. EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Tabla 7

Sesión Terapéutica N° 1

AREA: Afectivo Emocional TITULO: Rompiendo el silencio	
Técnica	✓ Psicoeducación sobre el consumo de sustancias
Objetivos	✓ Establecer una relación terapéutica sólida, evaluar el consumo y sus detonantes
Descripción	✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica. ✓ Evaluación del contexto de consumo, factores desencadenantes y patrón de abuso. ✓ Psicoeducación sobre las consecuencias del consumo en la salud física y emocional. ✓ Cierre de la sesión (resumen, motivación y planificación de la próxima sesión).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 8

Sesión Terapéutica N° 2

AREA: Afectivo Emocional TITULO: Conociendo mi historia	
Técnica	✓ Identificación de desencadenantes y estrategias de afrontamiento
Objetivos	✓ Identificación de desencadenantes y estrategias de afrontamiento
Descripción	✓ Seguimiento y evaluación del progreso desde la sesión anterior. ✓ Construcción de una línea del tiempo del consumo. ✓ Identificación de eventos y emociones que llevan al consumo. ✓ Introducción de estrategias iniciales de afrontamiento. ✓ Cierre de la sesión (tarea para la siguiente sesión, motivación y retroalimentación).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 9*Sesión Terapéutica N° 3*

AREA: Afectivo Emocional TITULO: Calma en la tormenta	
Técnica	✓ Relajación progresiva y respiración diafragmática
Objetivos	✓ Aprender estrategias para reducir la ansiedad y mejorar el autocontrol
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducción y revisión de la sesión anterior. ✓ Enseñanza de técnicas de relajación y control de impulsos. ✓ Aplicación práctica de ejercicios de relajación guiados. ✓ Reflexión sobre el impacto de la ansiedad en el consumo. ✓ Cierre de la sesión (resumen y motivación para aplicar las técnicas aprendidas).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 10*Sesión Terapéutica N° 4*

AREA: Afectivo Emocional TITULO: Reconstruyendo mi pensamiento	
Técnica	✓ Reestructuración cognitiva
Objetivos	✓ Identificar y modificar pensamientos negativos y/o creencias sobre si misma
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de la percepción personal y autoestima. ✓ Identificación de pensamientos automáticos negativos. ✓ Técnicas de reestructuración cognitiva para modificar creencias irracionales. ✓ Actividades para fortalecer la autoestima. ✓ Cierre de la sesión (resumen y motivación para la práctica de nuevas creencias positivas).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 11*Sesión Terapéutica N° 5*

AREA: Afectivo Emocional TITULO: Motivación en acción	
Técnica	✓ Entrevista motivacional
Objetivos	✓ Incrementar el compromiso con la recuperación
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de logros y obstáculos desde la sesión anterior. ✓ Identificación de ambivalencias frente al cambio. ✓ Estrategias para reforzar la motivación y compromiso con la recuperación. ✓ Cierre de la sesión (tareas para reforzar la motivación y planificación de la siguiente sesión).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 12*Sesión Terapéutica N° 6*

AREA: Cognitivo TITULO: Maternidad y bienestar	
Técnica	✓ Análisis de casos
Objetivos	✓ Reflexionar sobre las consecuencias del consumo durante la gestación
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicación del impacto del consumo en el desarrollo del feto. ✓ Revisión de casos clínicos sobre consumo en gestantes. ✓ Reflexión y discusión sobre los riesgos asociados. ✓ Cierre de la sesión (resumen y compromiso de la paciente con su bienestar y el de su bebé).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 13*Sesión Terapéutica N° 7*

AREA: Cognitivo	
TITULO: Derribando barreras mentales	
Técnica	✓ Reestructuración cognitiva
Objetivos	✓ Desafiar pensamientos automáticos negativos
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de pensamientos automáticos negativos. ✓ Evaluación de la validez de estos pensamientos. ✓ Introducción de estrategias para modificar distorsiones cognitivas. ✓ Cierre de la sesión (reforzamiento de la importancia de pensamientos adaptativos).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 14*Sesión Terapéutica N° 8*

AREA: Cognitivo	
TITULO: El arte de afrontar	
Técnica	✓ Role-playing y análisis de alternativas
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprender estrategias para enfrentar conflictos sin recurrir al consumo. ✓ Identificación de problemas cotidianos y su relación con el consumo. ✓ Desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas. ✓ Simulación de situaciones difíciles y entrenamiento en soluciones alternativas. ✓ Cierre de la sesión (revisión de estrategias aprendidas y motivación para su aplicación).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 15*Sesión Terapéutica N° 9*

AREA: Cognitivo	
TITULO: Viviendo el presente	
Técnica	✓ Meditación guiada (Mindfulness)
Objetivos	✓ Aumentar la conciencia sobre pensamientos y emociones sin reaccionar impulsivamente
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de la percepción personal y la conexión con el presente. ✓ Identificación de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad y el consumo. ✓ Técnicas de atención plena para reducir impulsividad y mejorar la regulación emocional. ✓ Actividades de respiración y relajación enfocadas en el control del estrés. ✓ Cierre de la sesión (reflexión sobre la práctica y motivación para su aplicación diaria).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 16*Sesión Terapéutica N° 10*

AREA: Cognitivo	
TITULO: Luces de advertencia	
Técnica	✓ Sensibilización encubierta
Objetivos	✓ Aprender y reconocer señales de alerta temprana
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica ✓ Evaluación del nivel de autoconciencia sobre el riesgo de recaídas. ✓ Identificación de situaciones y pensamientos que predisponen al consumo. ✓ Técnicas de sensibilización encubierta para crear respuestas automáticas de rechazo al consumo. ✓ Actividades para fortalecer el compromiso con la recuperación. ✓ Cierre de la sesión (revisión de avances y estrategias para reforzar la prevención).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 17*Sesión Terapéutica N° 11*

AREA: Espiritual	
TITULO: Reconectando con lo espiritual	
Técnica	✓ Reflexión guiada
Objetivos	✓ Explora la fe o la espiritualidad como fuente de fortaleza
Descripción	✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica
	✓ Evaluación de la percepción sobre la espiritualidad como apoyo en la recuperación.
	✓ Identificación de creencias y valores personales que pueden fortalecer la resiliencia.
	✓ Técnicas de reflexión guiada para fomentar el propósito y la autoaceptación.
	✓ Actividades de conexión espiritual y exploración de gratitud.
	✓ Cierre de la sesión (motivación y compromiso con el proceso de sanación).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 18*Sesión Terapéutica N° 12*

AREA: Espiritual	
TITULO: Escribir para sanar	
Técnica	✓ Escritura terapéutica
Objetivos	✓ Libera resentimientos y fortalece la resiliencia
Descripción	✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica
	✓ Evaluación de bloqueos emocionales y resentimientos no resueltos.
	✓ Identificación de emociones negativas y su impacto en la autoestima.
	✓ Técnicas de escritura terapéutica para canalizar emociones y desarrollar resiliencia.
	✓ Actividades de lectura y análisis de los escritos personales.
	✓ Cierre de la sesión (síntesis de aprendizajes y planificación de ejercicios de escritura).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 19*Sesión Terapéutica N° 13*

AREA: Espiritual	
TITULO: Inspiración para cambiar	
Técnica	✓ Relatos inspiradores y discusión
Objetivos	✓ Identifica valores espirituales y metas asociadas a la Biblia
Descripción	✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica
	✓ Evaluación de la percepción personal sobre la fe y la espiritualidad.
	✓ Identificación de historias o figuras inspiradoras que fomenten la esperanza y el cambio.
	✓ Técnicas de análisis y reflexión sobre la relación entre valores y recuperación.
Descripción	✓ Actividades de escritura de compromisos y metas basadas en valores personales.
	✓ Cierre de la sesión (motivación para aplicar los aprendizajes en la vida cotidiana).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 20*Sesión Terapéutica N° 14*

AREA: Espiritual	
TITULO: Aceptando lo que fue, creando lo que será	
Técnica	✓ Terapia de aceptación y compromiso
Objetivos	✓ Reinterpretar las dificultades desde una perspectiva de aprendizaje
Descripción	✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica
	✓ Evaluación de la percepción de los obstáculos en el proceso de recuperación.
	✓ Identificación de pensamientos limitantes sobre el cambio.
	✓ Técnicas de aceptación y compromiso para resignificar experiencias difíciles.
	✓ Actividades de autoafirmación y desarrollo de resiliencia.
Descripción	✓ Cierre de la sesión (motivación para integrar una nueva perspectiva ante los desafíos).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 21*Sesión Terapéutica N° 15*

AREA: Espiritual	
TITULO: Mi dialogo interno	
Técnica	✓ Creación de afirmaciones positivas
Objetivos	✓ Se compromete con las actividades eclesíásticas
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica ✓ Evaluación de creencias negativas sobre sí misma. ✓ Identificación de afirmaciones negativas y su efecto en la autoestima. ✓ Técnicas de reformulación cognitiva mediante la creación de afirmaciones positivas. ✓ Actividades de visualización y repetición de afirmaciones en el día a día. ✓ Cierre de la sesión (motivación para reforzar la práctica de autoafirmaciones).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 22*Sesión Terapéutica N° 16*

AREA: Social	
TITULO: Personas que suman, personas que restan	
Técnica	✓ Genograma de relaciones
Objetivos	✓ Distingue influencia positivas y negativas en su entorno
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica ✓ Evaluación de la percepción de la red de apoyo y sus efectos en el proceso de recuperación. ✓ Identificación de relaciones que favorecen o dificultan el bienestar emocional. ✓ Técnicas de análisis de dinámicas familiares y sociales mediante el genograma. ✓ Actividades de planificación para fortalecer vínculos saludables. ✓ Cierre de la sesión (motivación para implementar cambios en las relaciones personales).
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 23*Sesión Terapéutica N° 17*

AREA: Social	
TITULO: Comunicación efectiva	
Técnica	✓ Role-playing
Objetivos	✓ Aprende a expresar necesidades y emociones de manera efectiva
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica ✓ Ejercicios de role-playing para practicar habilidades de comunicación. ✓ Identificación de barreras en la expresión emocional. ✓ Revisión de interacciones sociales previas y estrategias para mejorarlas. ✓ Cierre: Reflexión y tarea para la siguiente sesión
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 24*Sesión Terapéutica N° 18*

AREA: Social	
TITULO: Decisiones bajo presión	
Técnica	✓ Técnicas de autocontrol y “fuera de tiempo”
Objetivos	✓ Reduce la exposición a situaciones de riesgo
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducción a técnicas de autocontrol para evitar reacciones impulsivas. ✓ Simulación de escenarios de riesgo y práctica de respuestas adaptativas. ✓ Aplicación del método "Tiempo Fuera" para desescalar situaciones tensas. ✓ Cierre: Autoevaluación y compromiso con las estrategias aprendidas.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 25*Sesión Terapéutica N° 19*

AREA: Social	
TITULO: Tolerar el malestar, crecer en la adversidad	
Técnica	✓ Entrenamiento en tolerancia al malestar
Objetivos	✓ Maneja emociones difíciles sin recurrir al consumo
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducción ✓ Identificación de emociones desencadenantes. ✓ Estrategias de afrontamiento emocional (mindfulness, distracción, reestructuración cognitiva). ✓ Reflexión sobre experiencias previas de afrontamiento y su efectividad. ✓ Cierre: Plan de acción para manejar futuras emociones intensas.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 26*Sesión Terapéutica N° 20*

AREA: Social	
TITULO: Redes que sostienen	
Técnica	✓ Plan de contacto con personas de confianza
Objetivos	✓ Identifica aliados en su proceso de recuperación
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducción ✓ Mapeo de la red de apoyo y evaluación de su impacto. ✓ Desarrollo de estrategias para fortalecer relaciones positivas. ✓ Práctica de pedir ayuda de manera efectiva. ✓ Cierre: Definición de un plan de apoyo en momentos de crisis.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 27*Sesión Terapéutica N° 21*

AREA: Familiar	
TITULO: Familia ¿un problema o una solución?	
Técnica	✓ Psicoeducación familiar
Objetivos	✓ Informa sobre el proceso de recuperación
Descripción	✓ Introducción
	✓ Explicación de los efectos del consumo y su impacto en la paciente y el bebé.
	✓ Estrategias para brindar apoyo sin fomentar la dependencia.
	✓ Fomento de la comunicación abierta y empática.
	✓ Cierre: Espacio de preguntas y compromisos familiares.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 28*Sesión Terapéutica N° 22*

AREA: Familiar	
TITULO: Cambiando la historia familiar	
Técnica	✓ Técnicas de reencuadre
Objetivos	✓ Fomenta interacciones más empáticas y efectivas
Descripción	✓ Introducción
	✓ Análisis de patrones de interacción disfuncionales.
	✓ Práctica de técnicas de reencuadre para modificar narrativas negativas.
	✓ Ejercicios para mejorar la comprensión mutua.
	✓ Cierre: Reflexión sobre cambios positivos observados.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 29*Sesión Terapéutica N° 23*

AREA: Familiar	
TITULO: Lo que heredé y lo que decido cambiar	
Técnica	✓ Genograma familiar
Objetivos	✓ Identifica dinámicas intergeneracionales que influyen en el consumo
Descripción	✓ Introducción
	✓ Creación de un genograma para visualizar patrones familiares de adicción.
	✓ Reflexión sobre la influencia de la familia en el comportamiento actual.
	✓ Discusión de posibles cambios en las dinámicas familiares.
	✓ Cierre: Síntesis de hallazgos y acciones a seguir.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 30*Sesión Terapéutica N° 24*

AREA: Familiar	
TITULO: Discusiones sin heridas	
Técnica	✓ Simulación de situaciones familiares difíciles
Objetivos	✓ Practica respuestas saludables ante discusiones
Descripción	✓ Introducción
	✓ Identificación de conflictos recurrentes en la familia.
	✓ Simulación de escenarios con respuestas adaptativas.
	✓ Introducción a estrategias de negociación y resolución de conflictos.
	✓ Cierre: Reflexión sobre la experiencia y ajustes en la dinámica familiar.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 31*Sesión Terapéutica N° 25*

AREA: Familiar	
TITULO: De la culpa al perdon	
Técnica	✓ Evaluación de progresos familiares
Objetivos	✓ Mantiene el soporte continuo durante la recuperación
Descripción	✓ Introducción
	✓ Revisión de cambios en la dinámica familiar desde el inicio del tratamiento.
	✓ Identificación de logros y áreas de mejora.
	✓ Planificación de estrategias para sostener los avances.
	✓ Cierre: Establecimiento de compromisos familiares a largo plazo.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 32*Sesión Terapéutica N° 26*

AREA: Productivo	
TITULO: Yo puedo, yo soy capaz	
Técnica	✓ Fomentar la creencia en sus capacidades
Objetivos	✓ Fomenta las creencias en sus capacidades
Descripción	✓ Introducción
	✓ Reflexión sobre logros personales y superación de desafíos.
	✓ Identificación de fortalezas individuales.
	✓ Técnicas de autoafirmación y visualización positiva.
	✓ Cierre: Plan de acción para seguir construyendo confianza.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 33*Sesión Terapéutica N° 27*

AREA: Productivo	
TITULO: Un plan para mi mejor versión	
Técnica	✓ Metas SMART
Objetivos	✓ Crea un plan de acción para el futuro
Descripción	✓ Introducción al modelo SMART (específicas, medibles, alcanzables, relevantes, con tiempo determinado).
	✓ Definición de metas a corto, mediano y largo plazo.
	✓ Planificación de pasos concretos para alcanzarlas.
	✓ Cierre: Compromiso con el plan de acción y seguimiento.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 34*Sesión Terapéutica N° 28*

AREA: Productivo	
TITULO: Mas allá del consumo	
Técnica	✓ Identificación de oportunidades laborales
Objetivos	✓ Define un camino post-recuperación
Descripción	✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica
	✓ Exploración de intereses y habilidades laborales.
	✓ Identificación de opciones de empleo o capacitación.
	✓ Elaboración de un plan de inserción laboral.
	✓ Cierre: Reflexión sobre el futuro y próximo paso a seguir.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 35*Sesión Terapéutica N° 29*

AREA: Productivo	
TITULO: El arte de sanar	
Técnica	✓ Terapias basadas en el arte
Objetivos	✓ Explora nuevas formas de autocuidado
Descripción	✓ Introducción a la terapia artística como herramienta de expresión.
	✓ Desarrollo de una actividad creativa (pintura, escritura, collage).
	✓ Reflexión sobre el proceso y su impacto en la regulación emocional.
	✓ Cierre: Plan para incluir la creatividad en la rutina diaria.
Duración	50 a 60 minutos

Tabla 36*Sesión Terapéutica N° 30*

AREA: Productivo	
TITULO: Cierro este ciclo, abro una nueva puerta	
Técnica	✓ Evaluación del proceso terapéutico
Objetivos	✓ Consolida aprendizajes y establece un plan de prevención de recaídas
Descripción	✓ Introducción y establecimiento de la relación terapéutica
	✓ Revisión de los principales aprendizajes del proceso terapéutico.
	✓ Identificación de estrategias más efectivas para la paciente.
	✓ Diseño de un plan de prevención de recaídas.
Duración	✓ Cierre: Reflexión final y mensaje de motivación para el futuro.
	50 a 60 minutos

IV.5. INDICADORES DE LOGRO

Tabla 37

Descripción del plan con sus respectivos indicadores de logro

ÁREAS	OBJETIVOS	INDICADOR DE LOGRO
Afectivo Emocional (1 al 5)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar los factores psicosociales y clínicos ✓ Determinar los principales obstáculos en el acceso la continuidad del tratamiento ✓ Fomentar regulación emocional y auto control 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifica los factores psicosociales y clínicos ✓ Reconoce los obstáculos en el acceso y continuidad ✓ Aplica estrategias de regulación emocional y autocontrol
Cognitivo (6 al 10)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Concientizar el impacto en la salud materno fetal ✓ Identifica y modifica pensamientos disfuncionales y/o creencias irracionales ✓ Reducir la sintomatología ansiosa depresiva 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconoce el impacto en la salud materno fetal ✓ Identifica y modifica pensamientos disfuncionales o creencias irracionales ✓ Evidencia más tranquilidad al evaluar su problema
Espiritual (11 al 15)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar los elementos espirituales en el proceso terapéutico ✓ Fortalecer la motivación para el cambio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aceptación de su apoyo espiritual y valora los elementos espirituales ✓ Asistencia a los cultos y reuniones regulares
Social (16 al 20)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Describir los factores de riesgo y protección ✓ Desarrollar habilidades para afrontar y manejar el estrés mediante regulación emocional ✓ Fortificar la autoeficacia y empoderamiento desarrollando confianza 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconoce los factores de riesgo y protección ante una situación social adversa ✓ Desarrolla habilidades de afrontamiento y manejo del estrés ✓ Tiene más confianza para negar una invitación inadecuada
Familiar (21 al 25)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforzar la red de soporte familiar en la terapia ✓ Favorecer la adherencia al tratamiento psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se logra la asistencia de la madre ✓ Logra una mejor comunicación con su madre
Productivo (26 al 30)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover la construcción de un proyecto de vida saludable 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elabora un proyecto de vida saludable

Se facilitó apoyo psicológico semanal, gestionando recursos para su transporte, asistió regularmente a la Iglesia Adventista. Último consumo de alcohol junio 2023, de sustancias julio 2023. Mejoría en la salud física (sueño, energía, alivio entre otros). Titulándose en su universidad en diciembre de 2023; colegiándose en marzo del 2024.

IV.6. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Con la finalidad de evaluar y realizar el seguimiento pretende asegurar que las intervenciones implementadas sean beneficiosas para mejorar la adherencia al tratamiento y facilitar la recuperación total de la gestante consumidora de benzodiazepinas y alcohol el cual se desarrollará mediante las siguientes etapas: En primer lugar, se llevó a cabo un seguimiento clínico sistemático del tratamiento psiquiátrico y las evaluaciones medicas ginecológicas. En segundo lugar, el análisis de indicadores claves que permitan determinar el grado de éxito de la adherencia al tratamiento, como el nivel de asistencia a las consultas médicas, el grado de adherencia a terapia en el cumplimiento de sus tareas asignadas, el nivel de reducción del consumo de las sustancias, el cambio de comportamiento relacionado al ente espiritual.

En tercer lugar, el monitoreo psicológico y social que permita la detección de los aspectos emocionales y contextuales implicados en los procesos de adherencia y recuperación, incluyendo sesiones periódicas con la psicología o con trabajadoras sociales que coadyuven a la paciente en la construcción de estrategias para poder vencer las barreras psicosociales con las que puedan encontrarse. Expresada en su apego emocional al contestar las llamadas, participar en las

actividades grupales o permanecer más tiempo del estipulado en las sesiones. Incluso en la capacidad de participar como un apoyo en “vacaciones útiles” como maestra de guitarra.

La evaluación del caso se llevará a cabo a través de métodos tanto cualitativos como cuantitativos: La evaluación será mediante entrevistas, sobre la propia experiencia de la paciente y la visión del equipo de salud respecto al proceso terapéutico en el caso de la paciente. El procedimiento se llevará a cabo en cada una de las 6 áreas programadas en las cuales se producen los seguimientos de diferentes maneras (semanal para el cumplimiento inmediato; mensual para significativos progresos clínicos; trimestral para revisar los resultados acumulados). Finalmente, los resultados del proceso de monitoreo, los exámenes auxiliares y evaluación serán utilizados para ajustar en la intervención de la terapia los resultados obtenidos basada en la tabla de objetivos, en función de las necesidades de la paciente para mejorar el tratamiento de la paciente y su recuperación de salud.

IV.7. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

La intervención aplicada a la paciente gestante y consumidora de benzodiazepinas y alcohol en el Hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno permitió conseguir resultados positivos en base a un manejo integral, lo cual podrían resumirse en una mejoría física, emocional, social y espiritual. Se logró estipular los factores asociados a la adherencia, entre los cuales encontramos:

IV.7.1. Factores psicológicos

- ✓ Motivación para el cambio y conciencia del problema
- ✓ Manejo de las emociones
- ✓ Empoderamiento y autoeficacia

IV.7.2. Factores sociales

- ✓ Red de apoyo social adecuado
- ✓ Intervención en habilidades interpersonales
- ✓ Soporte por parte de todo el personal involucrado

IV.7.3. Factores familiares

- ✓ Mejoría de la relación con su madre
- ✓ Participación de la familia en el proceso terapéutico
- ✓ Identificación de los patrones familiares de consumo

IV.7.4. Factores clínicos

- ✓ Acceso a tratamiento psiquiátrico y psicológico

✓ Seguimiento ginecológico

✓ Reducción de la sintomatología ansiosa depresiva

IV.7.5. Factores espirituales

✓ Encontrar un sentido de vida

✓ Apoyo en la fe y la espiritualidad

✓ Prácticas de autoafirmación y gratitud a Dios

Con el objetivo de mejorar la adherencia se alcanzó una asistencia regular a las sesiones terapéuticas, para lo cual se gestionó recursos, seguimiento a las indicaciones farmacológicas, sin recaídas graves en el abuso de ciertas sustancias. Un compromiso con el bienestar físico, emocional y espiritual. Mejoría en la calidad de sueño, incremento en los niveles de energía, mejora en el autocuidado. La paciente aprendió a identificar desencadenantes de un consumo y aplicar estrategias para evidenciarlos. Se fortaleció sus habilidades de toma de decisiones y resolución de problemas sin recurrir a sustancias. Se optimizó la relación entre la paciente, su madre y su familia. Del mismo la paciente se logró integrar a la Iglesia Adventista, lo cual le permitió planificar el futuro mediano e inmediato, como resultado su en diciembre 2023 logro graduarse de la universidad y colegiarse en marzo del 2024. Marcando un hito importante en su autonomía y reinserción social.

Como sustento de la disminución de la sintomatología asociada en base al proceso terapéutico desarrollado con sus resultados positivos, cumpliendo con los objetivos del caso clínico se logró la reinserción social, familiar y laboral lo cual se evidencio en el postest realizado bajo la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) donde los resultados en el ítem de alcohol fue de 5 puntos y sedantes o pastillas para dormir de 3 puntos (según se demuestra en la tabla 39) como resultado determino como bajo donde su patrón actual representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Tabla 38

Resultados cuantitativos de la prueba de ASSIST - PRETEST

Sustancia	Puntuación	Nivel de riesgo
a. Productos derivados del tabaco	.-	
b. Bebidas alcohólicas	37	0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis	.-	
d. Cocaína	.-	
e. Estimulantes de tipo anfetamínico	.-	
f. Inhalantes	.-	
g. Sedantes o pastillas para dormir	39	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos	.-	
i. Opiáceos	.-	
j. Otros - especificar	.-	

Tabla 39*Resultados cualitativos de la prueba de ASSIST - POSTEST*

Sustancia	Puntuación	Nivel de riesgo
a. Productos derivados del tabaco	-.-	
b. Bebidas alcohólicas	05	0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis	-.-	
d. Cocaína	-.-	
e. Estimulantes de tipo anfetamínico	-.-	
f. Inhalantes	-.-	
g. Sedantes o pastillas para dormir	03	0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		
i. Opiáceos	-.-	
j. Otros - especificar	-.-	

DISCUSIÓN

Desde la teoría de la adherencia terapéutica, la motivación, el apoyo social y la percepción de autoeficacia son determinantes en la continuación del tratamiento (Dilla et al., 2009; PFIZER, 2009; Sociedad Española de Farmacia Clínica, 2023). En el caso clínico examinado, se evidenció que la paciente logró una adherencia sostenida gracias a la combinación de diversos factores de refuerzo, tales como la red de apoyo, el trabajo terapéutico en la regulación emocional y el fortalecimiento de su sentido de vida a través de la espiritualidad. Se identificaron factores psicológicos, sociales, familiares, clínicos y espirituales que influyeron en la adherencia al tratamiento. En cotejo con la literatura, se confirma que la presencia de una red de apoyo, el fortalecimiento de la autoeficacia y la regulación emocional son determinantes para la adherencia (Campoverde y Yanza, 2024; Carracedo Rubio, 2018; Hansen Rodríguez, 2020; Ramírez et al., 2018).

Por otra parte, en el caso clínico, se observó que el componente espiritual adquirió una relevancia particular, lo cual es poco documentado en investigaciones sobre la adherencia. El hecho de que la paciente lograra la abstinencia prolongada y se graduara de la universidad evidencia una transformación no solo en términos de salud, sino también en su proyecto de vida. Esto concuerda con estudios que indican que la adherencia mejora cuando los pacientes pueden visualizar un futuro sin el consumo de sustancias (Becoña, 2006; Campo Vivero, 2023). La intervención empleó estrategias de regulación emocional, reestructuración cognitiva y fortalecimiento del soporte social y

familiar. Estas estrategias están respaldadas por la literatura, ya que abordan factores psicológicos y contextuales que favorecen la adherencia (Barraza-López et al., 2017; Bobes et al., 2011; Castillo y Cutipé-Cárdenas, 2019; Montenegro Ordoñez, 2020; Sandoval Medina, 2020).

Sin embargo, una limitación del tratamiento fue la ausencia de un enfoque más estructurado en el ámbito farmacológico. Aunque se mencionó el seguimiento psiquiátrico, no se profundizó en la adherencia a la medicación ni en los efectos secundarios, aspectos que son cruciales según la literatura (Ortiz et al., 2006; Ramírez et al., 2018). Otra posible debilidad fue la estructura de las sesiones. Aunque se abordaron múltiples dimensiones, la distribución pudo haber sido más personalizada según las necesidades emergentes de la paciente. Además, la incorporación de técnicas conductuales como la exposición gradual podría haber fortalecido la intervención.

El estudio de caso analizado respalda las teorías sobre adherencia, recalcando la importancia de la motivación, la autoeficacia, el apoyo social y el elemento espiritual. Se logró una recuperación integral, incluyendo avances en el ámbito personal, social, familiar, académico y espiritual. No obstante, futuras intervenciones podrían optimizar la estructura terapéutica y mejorar la coordinación con el tratamiento farmacológico. En síntesis, la experiencia clínica analizada confirma que una intervención y un tratamiento multidimensional puede favorecer significativamente la adherencia y la recuperación en pacientes con consumo problemático de sustancias.

El elemento del género contiene un papel primordial en la adherencia al tratamiento de una gestante consumidora de benzodiazepinas y alcohol. Las mujeres enfrentan barreras adicionales y sustanciales en su acceso a la atención en salud, debido a elementos sociales, culturales, familiares y económicos. En el caso clínico analizado, la paciente presenta características psicológicas y emocionales vinculadas a su condición de género, como la baja autoestima, la dependencia emocional, el apego inseguro y la necesidad de aceptación social son aspectos que suelen estar presentes en mujeres con trastornos por uso de sustancias (Blanco Presas, 2021; Dilla et al., 2009; Hansen Rodríguez, 2020; Ramírez et al., 2018). Estudios anteriores señalaron que las mujeres con trastornos por consumo de sustancias tienen una mayor posibilidad de haber experimentado violencia de género, lo que influye en la dinámica de su adherencia al tratamiento (Barbosa Gonzalez, 2014; Barzola Macha et al., 2020). En este caso clínico, la intervención debió incluir estrategias orientadas a la seguridad, la autonomía, el empoderamiento de la paciente y una reformulación espiritual.

Otro aspecto relevante es el rol de la maternidad, con todos sus elementos convergentes, en la motivación para el cambio. La literatura indica que muchas mujeres inician o sostienen el tratamiento por la salud de sus hijos (Barbosa González, 2014; Brizuela Tornés et al., 2022), lo que implica un factor clave en la adherencia de la paciente. No obstante, la presión sobre la "maternidad ideal" puede generar angustia y culpa, afectando el progreso terapéutico. Por lo tanto,

intervenciones futuras deben equilibrar el refuerzo positivo de la maternidad con estrategias para fortalecer la identidad personal aunada al del rol materno.

Si bien el proceso terapéutico aplicado tuvo un impacto positivo, es ineludible efectuar una crítica sobre la evaluación, el tratamiento y seguimiento. Una de las limitaciones más notables es la ausencia de un análisis de la adherencia a la medicación psiquiátrica. Aun cuando algunos autores mencionan que, en el seguimiento psiquiátrico, no se profundiza en los posibles efectos secundarios, la tolerancia o el manejo de la abstinencia, elementos básicos en la recuperación (Ortiz et al., 2006; Ramírez et al., 2018). Al abordar múltiples dimensiones (emocional, cognitiva, social, espiritual y familiar), la intervención pudo haber sido más personalizada según las necesidades emergentes de la paciente. La literatura sugiere que los tratamientos efectivos en poblaciones vulnerables deben ser flexibles y adaptativos (Dilla et al., 2009; Pisano y González, 2014; Ramírez et al., 2018).

Por otro lado, si bien la dimensión espiritualidad fue un factor determinante en la recuperación de la paciente, su inclusión en el tratamiento podría haber sido valorada con métodos más rigurosos. Es transcendental diferenciar entre espiritualidad como estrategia de afrontamiento y la posible influencia de creencias religiosas en la percepción de la salud mental, evitando un enfoque sesgado que podría no ser aplicable a todas las pacientes en situaciones similares (Pérez Flores, 2023). La valoración del tratamiento se ajustó a indicadores cuantitativos, como la reducción del consumo y la adherencia, sin

profundizar en aspectos cualitativos, como el bienestar o la percepción de cambio. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos habría permitido una comprensión más holística del proceso de recuperación.

CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos indican que, en el contexto del tratamiento, los síntomas internos como la ineficacia y la conciencia introspectiva son variables. Estas variables son tanto factores de origen como de mantenimiento. En cambio, variables como la inseguridad social y la desconfianza interpersonal actúan como factores externos mediadores en la adicción.
2. Factores predisponentes en el espectro de la adicción incluyen la insatisfacción personal, carencia afectiva, aceptación y abandono físico emocional. Estos rasgos de personalidad son comunes en individuos con problemas de consumo y se traducen en un patrón de autoexigencia respecto al control del consumo.
3. En términos de psicopatología, se confirma que la obsesión por el consumo de sustancias es una sintomatología compleja con elementos cognitivos y conductuales, como la ansiedad o el temor a la abstinencia, la ideación asociada al consumo y la autopercepción distorsionada.
4. El estudio muestra una importante comorbilidad de la adicción con otras condiciones psicopatológicas, generalmente de tipo introspectivo afectivo que precede a la adicción y actúa como factor activador de la vulnerabilidad, específicamente el temor a enfrentar la vida sin sustancias y la inapetencia emocional, que luego se manifiestan en consumo excesivo.

5. La comorbilidad con el uso de otras sustancias psicoactivas generalmente se desarrolla una vez instaurada la adicción, junto con un profundo malestar emocional y afectivo. El consumo de sustancias actúa como un refuerzo negativo, permitiendo una regulación disfuncional de las consecuencias emocionales derivadas del abuso de drogas y alcohol.
6. La disminución del episodio depresivo moderado (F32.1) mejoró la adherencia al tratamiento, la conciencia de enfermedad y fortaleció el proceso de cambio, lo que se vio favorecido por un refuerzo positivo.
7. La incorporación de rutinas saludables y de autocuidado juega un papel crucial en la adherencia al tratamiento. Además, actúa como un factor de predicción en el proceso de recuperación. Los procesos de cambio cognitivo se integran formalmente después de estructurar hábitos saludables.
8. Las intervenciones en el entorno inmediato, como el contexto familiar y social, son esenciales para prevenir recaídas. Lo cual propicia que el componente terapéutico del proyecto de vida implica un camino al desarrollo y así lograr una adecuada conexión con las necesidades internas y las demandas del entorno, en un refuerzo constante por los logros paso a paso.
9. La relación paciente – terapeuta, la motivación, las expectativas reales, la comprensión, el reforzamiento positivo, la accesibilidad al tratamiento y el apoyo son determinantes en la adherencia al tratamiento. El deseo de hacer el bien, buscando sabiduría en cada acto del tratamiento “el principio de la sabiduría es el temor a Jehová”.

10. Para lograr una adherencia en una mujer gestante consumidora se requiere de un enfoque multidisciplinario desde un modelo Bio-psico-socio-espiritual generando un ambiente adecuado, un entorno cálido y afectuoso, la aceptación impulsada desde el amor, el componente espiritual en búsqueda del sentido de vida apoyado en la fe y la esperanza en base a un compromiso con un Dios amoroso.

RECOMENDACIONES

1. Establecer un programa especializado, basado en investigaciones, para el tratamiento de drogas y alcohol en gestantes ingresantes a diversos establecimientos de salud y las regiones naturales o diferencias culturales propias a nuestra realidad (Salud mental perinatal). Los cuales deben contener programas de desintoxicación controlados junto a espacios seguros.
2. Fortalecer la red de apoyo social entre el paciente, su familia y el ámbito clínico, para evitar recaídas fomentando su participación en grupos de apoyo y redes comunitarias, e involucrando a su familia, amigos e inteligencia artificial en el proceso de tratamiento con un sistema de vigilancia digital.
3. Asegurar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud especializados en la región, y capacitar a los profesionales de salud sobre el manejo integral de pacientes con dependencia durante el embarazo, así como la integración de medicina tradicional.
4. Facilitar el acceso a programas de asistencia financiera y servicios de salud gratuitos o de bajo costo, proporcionar recursos para mejorar la estabilidad económica de la paciente.
5. Desarrollar planes de tratamiento personalizados que incluyan estrategias para mantener la motivación de la paciente, y establecer un seguimiento, acompañamiento continuo para monitorear el progreso y ajustar el tratamiento según sea necesario sin dejar de lado el amor y la paciencia creando vínculos adecuados para un correcto proceso terapéutico.

6. Se recomienda hacerles participar de actividades en la que ayuden, a los demás, con sus experiencias y habilidades como fuente de sanación. Ya que una forma de refuerzo en el proceso de sanación es ayudar a los demás lo cual implica hacerlas sentir útiles, importantes y valiosas.
7. Aceptarles como mujeres virtuosas desde el amor, ya que el sentirse rechazadas y/o estigmatizadas refuerza el consumo para escapar de las críticas. Trabajar desde el amor con la gestante para un proceso de homeostasis dando lugar a una exitosa terapia de perdón y experimentar paz
8. El acompañamiento de forma constante es importante para el éxito de la terapia y apoyo durante un proceso de recaída. El problema del consumo de sustancias y alcohol tiene solución.
9. El deseo de hacer el bien, lo mejor por el paciente. La felicidad de apoyar en el restablecimiento de varias personas y el hecho de tener el agradecimiento por una labor adecuada y más allá de lo estipulado en los manuales. Para así contribuir a una sociedad mejor emana un motivo poderoso para el desarrollo de la profesión.
10. Profundizar en el modelo espiritual como un elemento importante en el restablecimiento de la paciente tratada, y un segundo caso diferente de recuperación, implica un análisis más profundo de tal modelo en bien de obtener nuevas herramientas para lograr una adecuada adherencia y un éxito en la recuperación de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta Fócil, D. R. (2020). *FACTORES BIOLÓGICOS QUE PREDISPONEN LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ESTIMULANTES*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31908/grafias.v0i28.1310>
- Aguirre, V. (2007). Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 23, 173–178.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482007000300004&script=sci_arttext&tlng=en
- Alcantud Marín, F., Alonso Esteban, Y., & Jiménez Pina, E. (2012). *Trastorno del desarrollo asociado con la exposición al alcohol durante el embarazo y la lactancia* (D. Cristal & G. de las Heras, Eds.; 2012th ed., Vol. 1). Nau Libres.
- Anacona Muñoz, C. E., Bernal Garzón, A. L., & Carreño Diaz, B. T. (2023). *Alteraciones en el neurodesarrollo en niños con síndrome de alcoholismo fetal*.
<https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/7026>
- Aponte, Y., Bonito, M., Camacho, R. E., Domínguez G., M. G., & Finizola, B. (2009). FRECUENCIA DE ASMA, SU ASOCIACIÓN CON EL TABAQUISMO EN NIÑOS DE 6 MESES A 4 AÑOS Y CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE CIGARRILLO DE SUS MADRES FUMADORAS ACTIVAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA PEDIÁTRICA DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE SANTA ROSA. OCTUBRE 2008- MARZO 2009. *UNIVERSIDAD CENTRO OCCIDENTAL "LISANDRO ALVARADO."*
<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TEGWS280DV4F742009.pdf>
- Arteaga Murillo, C., & Arboleda Mazo, W. H. (2017). *E-BOOK PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE EL USO DE LOS OCHO REMEDIOS NATURALES* [Corporación Universitaria Adventista].
<http://repository.unac.edu.co/handle/11254/208>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. *American Psychiatric Association*, 5.
<https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manual-diagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

- Azúa Morera, E., & Carvajal Barboza, F. (2024). Actualización del trastorno de ansiedad durante el embarazo. *Revista Medica Sinergia*, *9*(2), e1140–e1140. <https://doi.org/10.31434/RMS.V9I2.1140>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, pautas para su utilización en Atención Primaria. In *GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL*. Generalitat Valenciana Conselleria de Bienestar Social. <https://www.paho.org/es/documentos/audit-cuestionario-identificacion-transtornos-debidos-al-consumo-alcohol-2001>
- Barbosa González, A. (2014). Terapia sistémica y violencia familiar: una experiencia de investigación e intervención. *Quaderns de Psicologia*, *16*(2), 43–55. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1196>
- Barraza-López, R. J., Andrea Muñoz-Navarro, N., & Behrens-Pérez, C. C. (2017). *Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año Relationship between emotional intelligence and depression-anxiety and stress in medical students freshmen*. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v55n1/art03.pdf>
- Barzola Macha, M. K., Moquillaza Alcántara, V. H., Diaz Tinoco“†,” C. M., Barzola Macha, M. K., Moquillaza Alcántara, V. H., & Diaz Tinoco“†,” C. M. (2020). Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores asociados. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, *85*(6), 641–653. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000600641>
- Becoña, E. (2006). *Resiliencia y consumo de drogas: una revisión*. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122034010.pdf>
- Bello-Villanueva, A. M., Palacio, J., Rodríguez-Díaz, J., & Oviedo-Trespalacios, O. (2015). Correlación entre la personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano. *Terapia Psicológica*, 169–180. <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art02.pdf>

- Blanco Presas, L. (2021). *Trauma psicológico y adicciones: prevalencia y tratamiento con desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)* [Universitat de Barcelona].
https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/187214/1/LBP_TESIS.pdf
- Blas Bergara, F. de J. (2018). *PROGRAMA PREVENTIVO PARA IDENTIFICACIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS EN MUJERES, DIRIGIDO AL PERSONAL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA METROPOLITANA, 2018*.
<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13034>
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). Manual de Trastornos Adictivos. *XXXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, 2*, 251–260.
https://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/03/Manual.de_.Trastornos.Adictivos.pdf#page=250
- Bolet Astoviza, M., & Socarras Suárez, M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 22*(1), 25–31.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Breña Pajuelo, C. N. (2023). *FACTORES QUE INDUCEN AL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO. HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. 2023*. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6843>
- Brett, J., & Murnion, B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *National Library of Medicina, 38*(5), 152–155.
<https://doi.org/10.18773/austprescr.2015.055>
- Brizuela Tornés, G., González Brizuela, C. M., & Gonzáles Brizuela, Y. (2022). EDUCAR EN VALORES DESDE LA FAMILIA PARA FAVORECER LA SALUD EN EL CONTEXTO ACTUAL. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud*.
<https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/viewFile/682/286>

- Cáceres Vargas, D. (2018). *FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL GENERAL – LIMA*.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/14377/Percepcion_CabreraBerrocal_Isabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Campo Vivero, C. (2023). EXPERIENCIAS ENTORNO A LA REINSERCIÓN SOCIO LABORAL DE PERSONAS ADICTAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. *Corporación Universitaria Del Caribe – CECAR*.
<https://repositorio.cecar.edu.co/server/api/core/bitstreams/95654723-8866-468c-a7fc-13e92b09bdc7/content>
- Campoverde Ortega, M. N., & Yanza Fajardo, J. G. (2024). *ESTUDIO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS TUTORES LEGALES DE USUARIOS QUE SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE REHABILITACIÓN EN ADICCIONES EN LA FUNDACIÓN “VIDA Y LIBERTAD” DEL CANTÓN GUALACEO. PERIODO MARZO – AGOSTO 2024*.
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/29037/1/UPS-CT011784.pdf>
- Carracedo Rubio, E. (2018). *INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ADICCIONES. APUNTES PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN* [Universidad de Valladolid].
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32470/TFG-G3206.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castillo Algarra, J. (2007). *EL DEPORTE COMO MEDIO DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES El deporte como escuela de valores* [Secretaría General para el deporte Instituto Andaluz del deporte].
https://deporteparatodos.es/imagenes/documentacion/ficheros/20071030181306Castillo_AlgarraIII.pdf
- Castillo, D., Acuña, I., & Godoy, J. C. (2009). TOMA DE DECISIONES, ADICCIONES Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LAS PRINCIPALES PRUEBAS INFORMATIZADAS DE EVALUACIÓN DE TOMA DE DECISIONES. *Facultad de Psicología de La Universidad Nacional de La Plata*. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/46632>

- Castillo Martell, W. H., & Cutipé-Cárdenas, Y. (2019). IMPLEMENTACIÓN, RESULTADOS INICIALES Y SOSTENIBILIDAD DE LA REFORMA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ, 2013-2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(2), 326–333.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>
- Coimbra Rocha, P., Soares de Britto e Alves, M. T. S., Costa das Chagas, D., Moura da Silva, A. A., Lucena Batista, R. F., & da Silva, R. A. (2016). Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cadernos de Saude Publica*, 32(1), 1–3. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192714>
- Contreras-Carreto, N. A., Moreno-Sánchez, P., Márquez-Sánchez, E., Vázquez-Solares, V., Pichardo-Cuevas, M., Ramírez-Montiel, M. L., Segovia-Nova, S., González-Yóquez, T. A., & Mancilla-Ramírez, J. (2022). Perinatal mental health and recommendations for integral care in gyneco-obstetric hospitals. In *Cirugia y Cirujanos (English Edition)* (Vol. 90, Issue 4, pp. 564–572). Permanyer Publications. <https://doi.org/10.24875/CIRU.21000003>
- Cortés, M. T., Torrens, M., & Rossi, P. (2013). Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico del alcohol. *Guías Clínicas Socidroalcohol Basada En Evidencia Científica, 1*.
<https://doi.org/10.13140/2.1.2800.0007>
- Cortes Tomas, M. T. (2001). UNA PRIMERA APLICACION DE LA TEORIA DEL COMPORTA MIENTO PLANIFICADO PARA EXPLICAR EL ABANDONO DELTRA TAMIENDO POR PARTE DE LOS DEPENDIENTES ALCOHOLICOS Resumen Abstract. *Rev. de Psicol. Gral y Aplic*, 54(3), 389–405.
- Cruz Flores, L. S., & Crouet Barros, M. M. (2023). SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS: ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS BASADO EN LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN PACIENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN EL CETAD “LA TORRE DE LA ESPERANZA Y FORTALEZA” EN EL PERIODO DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2023. *UNIVERSIDAD POLITENICA SALESIANA*.
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/26309/1/UPS-GT004745.pdf>

- De Weerth, C., & Buitelaar, J. K. (2005). Physiological stress reactivity in human pregnancy—a review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 295–312. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2004.10.005>
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342–348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
- Enrique Silva, G., Galeano, E., & Orlando Correa, J. (2005). *Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia*. <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
- Ernstmeyer & Christman (Ed.). (2024). Trastornos Relacionados con Sustancias y Otros Trastornos Adictivos. In *Enfermería: Salud Mental y Conceptos Comunitarios* (LibreTexts TM). Departamento de Educación de los EE. UU. [https://espanol.libretexts.org/Salud/Enfermer%C3%ADa/Enfermer%C3%ADa:_Salud_Mental_y_Conceptos_Comunitarios_\(OpenRN\)/00:_Materia_Frontal/02:_InfoPage](https://espanol.libretexts.org/Salud/Enfermer%C3%ADa/Enfermer%C3%ADa:_Salud_Mental_y_Conceptos_Comunitarios_(OpenRN)/00:_Materia_Frontal/02:_InfoPage)
- Esther Calvete, A. E. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Revista Adicciones*, 21, 49–56. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122882007.pdf>
- Favier Torres, M. A., Manuel Yoba, A. H., Díaz Jiménez, M. M., Ward Manfugas, C. H., & Lastres Montalvo, C. (2021). GESTANTES CONSUMIDORAS DE ALCOHOL. HOSPITAL MUNICIPAL DE LIBOLO, KWANZA SUL, ANGOLA. *I SIMPOSIO DE SALUD FAMILIAR GRAMGI*. <https://gramgi2021.sld.cu/index.php/gramgi/2021/paper/download/281/185>
- Flores Alarcón, L. (2005). *Elaboración e implementación de un Programa de Educación para la Salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes*. Revista PsicologíaCientífica.Com. <https://psicologiacientifica.com/adolescentes-gestantes-programa-de-educacion-para-la-salud>

- García Betancourt, N., José Manuel Morales Rigau, I., Dra Marisela González Pino, I., Lic Yuded Serrano Dueñas, I., Dra Yordanka Trujillo Rodríguez, I., & Est Manuel Alejandro Morales Fuentes III, I. (2015). Prevalencia del alcoholismo y factores asociados. Municipio Matanzas. 2011-2012. *Revista Médica Electrónica*, 37(2), 130–140.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., & Rial, A. (2016). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: Prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. In *Junio* (Vol. 29).
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/932/853>
- Hansen Rodríguez, G. (2020). *MUJERES EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE ADICCIONES: PERFIL PSICOSOCIAL, PREVALENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA PAREJA Y BARRERAS EN EL TRATAMIENTO* [Universitat Autònoma de Barcelona].
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2021/hdl_10803_670557/ghr1de1.pdf
- Hernández, A., de la Guía, E., Paradell, É., & Vallar, F. (2017). EVALUACIÓN DEL INVENTARIO CONDUCTUAL DE MILLON PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO MÉDICO (MBMD). *Consejo General de La Psicología - España*, 2–14. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2017/MBMD.pdf>
- Herrera Santi, P. (1999). PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN EL ADOLESCENTE. In *Rev Cubana Pediatr* (Vol. 71, Issue 1). <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v71n1/ped06199.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE MAYOR CONSUMO, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2012. *Encuesta Demográfica y Salud Familiar*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/mapas.pdf

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *PERÚ: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y TRANSMISIBLES, 2016*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1432/libro.pdf
- Lareu, P. (2007). Estado nutricional, estilo de vida y factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. *REDI Universidad Fasta*.
http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/bitstream/123456789/1480/1/Lareu_NU_2020.pdf
- Lichtenberger, A., López, M., & Cremonte, M. (2015). Intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes. Una reflexión crítica. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 428–437. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.3.122>
- López, M. B., & Arán-Filippetti, V. (2014). Consequences of prenatal exposure to alcohol: Historical development of the research and evolution of the recommendations. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 162–173. <https://doi.org/10.18597/rcog.64>
- López, M. B., Filippetti, V. A., & Cremonte, M. (2015). Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: Prevalencia y factores de riesgo. In *Pan American Journal of Public Health Rev Panam Salud Publica* (Vol. 37, Issue 5). <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/211-217/es>
- López Vantour, A., Aroche Arzuaga, A., Bestard Romero, J., & Ocaña Fontela, N. (2010). Uso y abuso de las benzodiazepinas. *MEDISAN*, 14(4), 0–0.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000400017&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Martín, M. J., Martínez, J. M., & Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. In *Rev Panam Salud Publica* (Vol. 29, Issue 6). <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n6/09.pdf>
- Matute Cruces, A. A. (2019). *PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ-S3) EN MUESTRA MIXTA PERUANA* [Universidad de Lima].
https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/9302/Matute_Cruces_Andrea_Alessandra.pdf

- Mayo Clinic. (2018). *Síndrome alcohólico fetal - Síntomas y causas - Mayo Clinic*. Mayo Clinic Press.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/fetal-alcohol-syndrome/symptoms-causes/syc-20352901>
- Mburu, G., Ayon, S., Mahinda, S., & Kaveh, K. (2020). Determinants of Women's Drug Use During Pregnancy: Perspectives from a Qualitative Study. *Maternal and Child Health Journal*, 24(9), 1170–1178.
<https://doi.org/10.1007/s10995-020-02910-w>
- Millon, T. (2002). *MCMII 2 INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON (II): NOSOLOGÍA, INSTRUMENTACIÓN E INTERVENCIÓN, NOSOLOGIA, SISTEMA CLÍNICO DE CLASIFICACIÓN* (TEA ediciones, Ed.; 3ra ed.). TEA Ediciones S.A.
- Montenegro Ordoñez, J. (2020). LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU EFECTO PROTECTOR ANTE LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL ESTRÉS ACADÉMICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *TZHOECOEN*, 12(4), 449–461. <https://doi.org/10.26495/tzh.v12i4.1395>
- Morales I., G., Del Valle R., C., Belmar M., C., Orellana Z., Y., Soto V., A., & Ivanovic M., D. (2011). Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. *Revista Médica de Chile*, 139(12), 1573–1580.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872011001200006>
- Moreno San Pedro, E., & Gil Roales-Nieto, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91–109.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>
- Murray, I., & Hendley, J. (2014). *Change and Adaption in Pregnancy*. Myles' Textbook for Midwives.
<https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=UrnjDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA197&dq=Pregnancy+involves+significant+changes+in+a+woman%27s+body,+including+hormonal,+cardiovascular+and+metabolic+adjustments,+which+are+essential+to+sustain+fetal+development.&ots=CfZu2bEF2J&sig=i1WM3gWmLKvrnBQP9YnSYJ4ZnkQ#v=onepage&q&f=false>

- Naciones Unidas. (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*.
https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf
- Naciones Unidas. (2022). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la UNODC destaca las tendencias del cannabis posteriores a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes*.
<https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>
- Naciones Unidas. (2023). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2023 de UNODC advierte sobre crisis convergentes a medida que los mercados de drogas ilícitas siguen expandiéndose*.
<https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2023-de-unodc-advierte-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicitas-siguen-expandindose.html#:~:text=A%20escala%20mundial%2C%20m%C3%A1s%20de,de%2045%25%20en%2010%20a%C3%B1os.>
- Natera-Rey, G., Borger, G., Medina-Mora, E., Sólis-Rojas, L., & Tiburcio-Sainz, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43(1), 17–26.
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/2001.v43n1/17-26/es>
- Navarro García, A. (2017). *FASD y Consumo de Alcohol durante el Embarazo: Estudio sobre la Formación de los Profesionales Sanitarios en España*.
<http://hdl.handle.net/10201/55503>
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2016). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado*. Comunicado de Prensa.
<https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10* (Vol. 1). OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria* (WHO ASSIST Working Group, Ed.). OPS, Of. Regional de la Organización Mundial para la Salud.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85403/9789275332368_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ortega García, J. A., Ferris Tortajada, J., Valiente, A., & Crehuá Gaudiza, E. (2006). Neurotóxicos medioambientales (IV). Tabaco, alcohol, solventes, flúor y aditivos alimentarios: efectos adversos en el sistema nervioso fetal y posnatal y medidas preventivas. *Acta Pediátrica*, 64(10), 493–502.
<https://www.pehsu.org/wp/pdf/neurotoxicos4.pdf>
- Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R., & Galván, J. (2006). USO DE SUSTANCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES, SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS. RESULTADOS DEL SISTEMA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN DROGAS. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente*. “*Salud Mental*,” 29(5).
<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-32.pdf>
- Palomino Cabrera, A., Cruz González, M., & Vigoa Fuentes, S. (2021). El abuso en el consumo de las Benzodiazepinas como causa frecuente de farmacodependencia. *I Jornada Científica de Farmacología y Salud. Fármaco Salud Artemisa 2021*.
<https://farmasalud2021.sld.cu/index.php/farmasalud/2021/paper/view/125>
- Pariona Gutiérrez, E., Moquillaza Alcántara, V., García Cajaleón, J., Cuya Candela, E., Pariona Gutierrez, E., Moquillaza Alcántara, V., García Cajaleón, J., & Cuya Candela, E. (2020). Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(5), 494–507.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000500494>

- Pascale, A. (2015). *CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO*.
<https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>
- Pascale, A., & Laborde, A. (2019). Efectos del consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia Effects of cannabis consumption during pregnancy and lactation Efeitos do consumo de cannabis durante a gravidez e a amamentação REVISIÓN. *Arch Pediatr Urug*, *90*(3), 161–168.
<https://doi.org/10.31134/AP.90.3.7>
- Peralta, M. L., & Carbajal Pruneda, P. (2008). Adherencia a tratamiento. • *Rev Cent Dermatol Pascua* •, *17*, 84. www.medigraphic.com
- Pérez Flores, A. A. (2023). *La paz interior y ser consciente de las cuatro dimensiones de la naturaleza humana (bio-psico-social-espiritual)*.
<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>
- Pérez Suárez, A. P. (2018). INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SINDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL ASOCIADO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA GESTACIÓN. *UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.*
<https://repository.udca.edu.co/entities/publication/908beebc-2f68-4571-b401-b4a410fbd4dc>
- PFIZER. (2009). *LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DIÁLOGOS PFIZER-PACIENTES* (pp. 1–12).
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>
- Pisano González, M. M., & González Pisano, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, *24*(1), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. In *J Health Promot* (Vol. 12, Issue 1).
<https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

- Quiñones, Á., Ramírez, P., Cid, J., Melipillán, R., Ugarte, C., & Florenzano, R. (2018). Cuestionario de esquemas de Young CEY-S3: Propiedades psicométricas en una muestra chilena mixta. *Terapia Psicológica - Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, *36*, 144–155.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082018000300144
- Ramírez, P., Álvarez, M., Cabello, D., Riquelme, A., & Guerra, M. I. (2018). VÍNCULO TERAPÉUTICO, EXPECTATIVAS, IMPACTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL COSAM PUENTE ALTO EN TRATAMIENTO POR ADICCIONES. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, *14*, 193–201.
<https://sodepsi.cl/wp-content/uploads/2020/09/GPU-2018-2.pdf#page=101>
- Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*, *112*(6), 968–1001.
<https://doi.org/10.1111/ADD.13757>
- Rehm, J., & Imtiaz, S. (2016). A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, *11*(1). <https://doi.org/10.1186/S13011-016-0081-2>
- Reus, V. I., Fochtmann, L. J., Bukstein, O., Eyler, A. E., Hilty, D. M., Horvitz-Lennon, M., Mahoney, J., Pasic, J., Weaver, M., Wills, C. D., McIntyre, J., Kidd, J., Yager, J., Hong, S. H., & Medicus, J. (2018). The American psychiatric association practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 175, Issue 1, pp. 86–90). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.1750101>
- Ribeiro da Silva, F. T., Barretto Tamais, M. L., Balandis Costa, A., Castanho Sabaini de Melo, S. C., & Molena Fernandez, C. A. (2021). Prevalência e fatores associados ao uso de drogas de abuso por gestantes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *20*(4), 1101–1107.
<https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400010>

- Rodríguez, C. C., Aguirre Tejedo, A., Luis, J., Pazos, E., Puente Palacios, I., Luisa, M., Lepine, I., Caparrós, A. S., & Clemente Rodríguez, C. (2010). Diferencias entre hombres y mujeres en las características de las intoxicaciones. In *Emergencias* (Vol. 22).
https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2010_22_6_435-40.pdf
- Rojas, M. (2024, July). La lucha contra las drogas y nuestros jóvenes. *EL PERUANO*.
<https://www.elperuano.pe/noticia/246797-la-lucha-contra-las-drogas-y-nuestros-jovenes>
- Roldan, C. (2001). Adicciones: Un nuevo desafío. In S. Donas Burak (Ed.), *Adolescencia y Juventud en América Latina* (pp. 448–467). Libro Universitario Regional.
https://educiac.org.mx/pdf/Biblioteca/Situacion_Juventudes/001Adolescencia_Juventud_America_Latina.pdf#page=436
- Rubio Valladolid, G., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., Ponce Alfaro, G., de la Cruz Bértolo, J., Jurado Barba, R., Sánchez-Junco, A. R., & Zarco Montejó, J. (2014). Validación de la versión española del Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias (ASSIST). *Psicothema*, 26(2), 180–185.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2013.172>
- Sabaté, E. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud.
- Salinas González, G. M. (2023). Trastornos del espectro alcohólico fetal. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(6).
<https://doi.org/10.56712/latam.v4i6.1566>
- Sandoval Medina, V. P. (2020). *INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ANSIEDAD RASGO-ESTADO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE UNA UNIVERSIDAD EN LIMA NORTE*.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8384/Inteligencia_SandovalMedina_Victoria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & Paz García-Vera, M. (2014). CRITERIOS Y BAREMOS PARA INTERPRETAR EL “INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II” (BDI-II). *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22, 37–59. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz_22-1oa.pdf
- Sanz, J., & Vásquez, C. (2011). EVALUACIÓN DEL INVENTARIO BDI-II. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 2. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Schwarzer, R., & Gutiérrez-Doña, B. (2009). Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología*, 28, 11–39. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748706011>
- Sociedad Española de Farmacia Clínica, F. y C. (2023). *Plan de adherencia al tratamiento*. https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf
- Tipán Chiliguano, J. G. (2021). Revisión bibliográfica: Consumo de tóxicos en el embarazo, prevalencia y factores de riesgo. *Universidad de Zaragoza*. <https://zaguan.unizar.es/record/108999/files/TAZ-TFG-2021-333.pdf>
- Torres Ríos, E. (2003). Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de enero del 2003 a diciembre del 2003. *UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS*. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/212/Torres_re.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Vegh Weis, V. (2011). Salud mental y adicciones desde el abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. *CONICET- Instituto Ambrosio Gioja – UBA - Facultad de Derecho*. <https://www.aacademica.org/000-093/380>

Vicens Caldentey, C., & Fiol Gelabert, F. (2008). Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. *I. T. Del Sistema Nacional de Salud*, 32(2), 52–57.

https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_2DeshabBenzodiaAtenPrimaria.pdf

Zambrano-Macías, C., Quimis-Tigua, A. M., Suamy-Katrina, R. J., & Pincay-Choez, M. E. (2024). Efectos negativos del consumo de drogas en adolescentes embarazadas. *MQRInvestigar* , 8(1), 5897–5916.

<https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.5897-5916>

ANEXO A

PROTOCOLOS DE LOS INSTRUMENTOS

a. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON II (MCMI-II)

a.1. Procedimiento de aplicación:

- ✓ Aplicación individual en un ambiente tranquilo.
- ✓ Se recomienda administrar a personas mayores de 18 años.
- ✓ Duración aproximada: 30-45 minutos.
- ✓ Puede administrarse en papel o en versión digital.
- ✓ Antes de aplicar, explicar claramente las instrucciones y enfatizar la importancia de responder con sinceridad.
- ✓ Evaluador capacitado debe supervisar la aplicación.

a.2. Corrección y baremación:

- ✓ Se corrige con base en un sistema de puntuación que convierte las respuestas en puntuaciones base (Base Rate Scores, BR).
- ✓ Se interpretan los puntajes en relación con los umbrales clínicos establecidos.
- ✓ Un puntaje BR mayor a 75 indica la presencia significativa de rasgos de un trastorno. Un puntaje BR mayor a 85 sugiere que el rasgo es prominente y clínicamente significativo.

b. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

b.1. Procedimiento de aplicación:

- ✓ Aplicación individual en aproximadamente 5-10 minutos.
- ✓ Puede aplicarse en versión escrita o digital.
- ✓ Explicar al paciente que debe responder según cómo se ha sentido en las últimas dos semanas.
- ✓ Asegurar confidencialidad para respuestas honestas.

b.2. Corrección y baremación:

- ✓ Cada ítem se puntúa de 0 a 3, con un rango total de 0 a 63 puntos.

Interpretación:

0-13: Depresión mínima.

14-19: Depresión leve.

20-28: Depresión moderada.

29-63: Depresión grave.

- ✓ Si el puntaje es mayor a 20, se recomienda evaluación clínica adicional.

c. CUESTIONARIO DE ESQUEMAS YSQ – S3 – JY05

c.1. Procedimiento de aplicación:

- ✓ Aplicación individual o grupal.
- ✓ Duración de 30-40 minutos.
- ✓ Asegurar un ambiente tranquilo y sin interrupciones.
- ✓ Se debe pedir a la persona que valore cómo se identifica con cada afirmación en una escala de 1 a 6.

c.2. Corrección y baremación:

- ✓ Cada ítem se califica en una escala de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 6 (Totalmente de acuerdo).
- ✓ Se agrupan las puntuaciones según los esquemas desadaptativos tempranos (EDT).
- ✓ Puntuaciones elevadas en un esquema indican mayor presencia del mismo en la vida de la persona.
- ✓ Se comparan con datos normativos para establecer la intensidad del esquema.

d. PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

d.1. Procedimiento de aplicación:

- ✓ Puede administrarse en formato escrito o entrevista.
- ✓ Tiempo estimado: 5-10 minutos.
- ✓ Se pide al evaluado que responda sobre su consumo de alcohol en los últimos 12 meses.
- ✓ Idealmente, se administra en contexto clínico o comunitario.

d.2. Corrección y baremación:

- ✓ Se califica sumando los puntajes de los 10 ítems (cada ítem de 0 a 4 puntos).
- ✓ Interpretación de puntajes:
 - 0-7: Consumo de bajo riesgo.
 - 8-15: Consumo riesgoso.
 - 16-19: Consumo nocivo.
 - 20 o más: Posible dependencia al alcohol.
- ✓ Un puntaje ≥ 8 indica necesidad de intervención breve.

e. PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST)

e.1. Procedimiento de aplicación:

- ✓ Cuestionario autoadministrado o aplicado por un entrevistador.
- ✓ La prueba detecta el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetaminas, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), Alucinógenos, Opiáceos, otras drogas.
- ✓ Consta de 8 preguntas
- ✓ Pregunta sobre el consumo de sustancias en los últimos 3 meses.
- ✓ Duración de 5-10 minutos.

e.2. Corrección y baremación:

- ✓ Cada sustancia recibe un puntaje según frecuencia de uso y problemas asociados.
- ✓ Interpretación por sustancia:
 - 0-3: Riesgo bajo, sin intervención necesaria.
 - 4-26: Riesgo moderado, intervención breve recomendada.
 - 27 o más: Riesgo alto, se recomienda tratamiento intensivo.

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de Psicología
Educación continua

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN : Universidad Peruana Cayetano Heredia
FACULTAD : Psicología
CASO CLÍNICO : Factores asociados a la adherencia al tratamiento en una gestante consumidora de benzodiacepina y alcohol que acude a emergencias de Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno
RESPONSABLE : Psic. Noemí Marín Reátegui

Objetivo de la investigación: Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento y la rehabilitación de una gestante consumidora de benzodiacepina y alcohol que acude a emergencias del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón" Puno, en el año 2023. Al participar debe resolver los cuestionarios.

Procedimiento: Al aceptar la investigación debe contestar los cuestionarios:

1. Inventario clínico multiaxial de Millón II (MCMII-II).
2. Cuestionario de depresión de Beck BDI – II.
3. Cuestionario de Esquemas de Young YSQ – S3 – JY05.
4. Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT).
5. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Confidencialidad de la información: El proceso de la información es privado, por ello, la responsable de la investigación garantiza que se respetará el derecho de confidencialidad e identidad de la participante, no mostrándose datos que permitan su identificación.

Consentimiento: Yo, en pleno uso de mis facultades mentales y comprensivas, he leído la información suministrada por la investigadora y **acepto voluntariamente participar del estudio**, habiéndome informado sobre el objetivo de la investigación.

Puno,..... de....., del 202....

Firma ... 

DNI 

ANEXO C

CRONOGRAMA DE DESARROLLO DEL PROCESO TERAPÉUTICO



**UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA**

*Facultad de Psicología
Educación continua*

CRONOGRAMA DEL PROCESO TERAPEUTICO

INSTITUCIÓN : Universidad Peruana Cayetano Heredia
FACULTAD : Psicología
CASO CLÍNICO : Factores asociados a la adherencia al tratamiento en una gestante consumidora de benzodiacepina y alcohol que acude a emergencias de Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno
RESPONSABLE : Psic. Noemí Marín Reátegui

AREA		F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Afectivo emocional	Sesión 1	X										
	Sesión 2		X									
	Sesión 3		X									
	Sesión 4			X								
	Sesión 5			X								
Cognitivo	Sesión 6			X								
	Sesión 7				X							
	Sesión 8				X							
	Sesión 9				X							
Espiritual	Sesión 10					X						
	Sesión 11					X						
	Sesión 12					X						
	Sesión 13						X					
	Sesión 14						X					
Social	Sesión 15						X					
	Sesión 16							X				
	Sesión 17							X				
	Sesión 18							X				
	Sesión 19								X			
Familiar	Sesión 20								X			
	Sesión 21								X			
	Sesión 22									X		
	Sesión 23									X		
	Sesión 24									X		
Productivo	Sesión 25									X		
	Sesión 26										X	
	Sesión 27										X	
	Sesión 28										X	
	Sesión 29											X
Sesión 30											X	

ANEXO D

CRONOGRAMA DE TRABAJO



**UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA**

*Facultad de Psicología
Educación continua*

CRONOGRAMA DE TRABAJO

INSTITUCIÓN : Universidad Peruana Cayetano Heredia
FACULTAD : Psicología
CASO CLÍNICO : Factores asociados a la adherencia al tratamiento en una gestante consumidora de benzodiazepina y alcohol que acude a emergencias de Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno
RESPONSABLE : Psic. Noemí Marín Reátegui

FASE INICIAL																
MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
Recolección de datos	X															
Revisión de bibliografía	X															
Selección de paciente	X															
Planeamiento y estipulación de pruebas	X															
Evaluación y proceso terapéutico		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
PRODUCTO 1																
MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
Capítulo I Identificación del problema											X	X				
Capítulo II Marco teórico										X	X					
PRODUCTO 2																
MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
Capítulo III Metodología												X	X			
PRODUCTO 3																
MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
Capítulo IV Resultados													X	X	X	
Capítulo V Discusión													X	X	X	
VERSIÓN FINAL																
MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
Versión final														X		
Sustentación															X	X

ANEXO E

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CASO CLÍNICO

I. DATOS GENERALES

Título : FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UNA GESTANTE CONSUMIDORA DE BENZODIACEPINA Y ALCOHOL QUE ACUDE A EMERGENCIAS DE HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN DE PUNO

Instrumento : INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON II (MCMII-II)

Experto : Psico Julia Rosalva Escalante Pari

Grado Académico: DOCTOR

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	<i>cumple</i>	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	<i>cumple</i>	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	<i>cumple</i>	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	<i>cumple</i>	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	<i>cumple</i>	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	<i>cumple</i>	
7. Consistencia	<i>Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado</i>	<i>cumple</i>	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	<i>cumple</i>	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	<i>cumple</i>	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	<i>cumple</i>	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Nombre : Julia Rosalva

Apellidos : Escalante Pari

Colegiatura : 3260

No. DNI : [REDACTED]

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CASO CLÍNICO

I. DATOS GENERALES

Título : FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UNA GESTANTE CONSUMIDORA DE BENZODIACEPINA Y ALCOHOL QUE ACUDE A EMERGENCIAS DE HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN DE PUNO

Instrumento : CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI – II.

Experto : Psic. Julia Rosalva Escalante Pani

Grado Académico: DOCTOR

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Nombre : Julia Rosalva

Apellidos : Escalante Pani

Colegiatura : 3260

No. DNI : _____



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CASO CLÍNICO

I. DATOS GENERALES

Título : FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UNA GESTANTE CONSUMIDORA DE BENZODIACEPINA Y ALCOHOL QUE ACUDE A EMERGENCIAS DE HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO

Instrumento : CUESTIONARIO DE ESQUEMAS YSQ – S3 – JY05.

Experto : Psic. Julia Rosalva Escalante Pani

Grado Académico: DOCTOR

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	<i>cumple</i>	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	<i>cumple</i>	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	<i>cumple</i>	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	<i>cumple</i>	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	<i>cumple</i>	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	<i>cumple</i>	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	<i>cumple</i>	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	<i>cumple</i>	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	<i>cumple</i>	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	<i>cumple</i>	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Nombre : Julia Rosalva

Apellidos : Escalante Pani

Colegiatura : 3260

No. DNI : [REDACTED]



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CASO CLÍNICO

I. DATOS GENERALES

Título : FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UNA GESTANTE CONSUMIDORA DE BENZODIACEPINA Y ALCOHOL QUE ACUDE A EMERGENCIAS DE HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO

Instrumento : PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL AUDIT

Experto : Psic. Julia Rosalva Escalante Pani

Grado Académico: DOCTOR

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	<i>cumple</i>	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	<i>cumple</i>	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	<i>cumple</i>	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	<i>cumple</i>	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	<i>cumple</i>	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	<i>cumple</i>	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	<i>cumple</i>	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	<i>cumple</i>	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	<i>cumple</i>	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	<i>cumple</i>	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Nombre : Julia Rosalva

Apellidos : Escalante Pani

Colegiatura : 3260

No. DNI : [REDACTED]



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CASO CLÍNICO

I. DATOS GENERALES

Título : FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UNA GESTANTE CONSUMIDORA DE BENZODIACEPINA Y ALCOHOL QUE ACUDE A EMERGENCIAS DE HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO

Instrumento : PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST)

Experto : Profa. Julia Rosalva Escalante Pani

Grado Académico: DOCTOR.

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	<i>cumple</i>	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	<i>cumple</i>	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	<i>cumple</i>	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	<i>cumple</i>	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	<i>cumple</i>	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	<i>cumple</i>	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	<i>cumple</i>	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	<i>cumple</i>	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	<i>cumple</i>	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	<i>cumple</i>	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Nombre : Julia Rosalva

Apellidos : Escalante Pani

Colegiatura : 3260 

No. DNI : 