



Facultad de  
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**FACULTAD DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

**EFICACIA DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA DISMINUIR  
RECAÍDAS EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA CIUDAD DE QUITO, AÑO 2023**

Proyecto del Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magíster  
Psicología Clínica Mención Psicoterapia

**AUTOR:** Psc. Didier Fernando Torres Navarrete

**DIRECTOR:** PhD. Alexandra Yakeline Meneses Meneses

Ibarra-junio de 2025

## DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico con fervor y alegría principalmente a mis padres, pilar fundamental en mi desarrollo como profesional durante los años, a los que agradezco de todo corazón por haberme dado la oportunidad de seguir preparándome académicamente, a su vez por haber puesto su confianza en mí, durante este proceso y desarrollo.

Quiero dedicar este logro de manera individual a cada uno de ellos, a mi madre que siempre ha velado por mí en todo momento desde que tengo memoria, me ha apoyado, me ha protegido dándome mucho amor y cariño.

Así mismo dedico este logro a mi padre por estar siempre presente en las buenas y malas circunstancias, buscando constantemente la manera de apoyarme en todo lo que he necesitado, brindándome al igual mucho cariño y amor.

De igual manera dedico este trabajo a las personas que han estado cerca de mí a lo largo de este camino, quienes han sido un soporte emocional y me han permitido no desistir en ningún momento a pesar de los días difíciles y complejos que se han presentado, por eso mi dedicatoria también es para mi hermano, para mi novia y finalmente para mi tía Hildy que a pesar de que hoy ya no se encuentra aquí con nosotros físicamente siempre estará en mi mente y en mi corazón, quien fue como mi segunda madre.

Los amo demasiado y por eso comparto este logro con tanta felicidad por y para ustedes. Gracias a sus ejemplos siempre tratare de ser un mejor profesional y persona.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por la vida y salud, por la fortaleza que me da ante las adversidades.

Agradezco infinitamente a la Universidad Técnica del Norte por permitirme ser parte de esta maravillosa institución que respeto y quiero mucho desde el primer día, también agradezco a los docentes de la universidad por su compromiso con los estudiantes de impartir todos sus conocimientos con mucho profesionalismo.

De manera especial quiero agradecer a mi tutora de tesis Alexandra Meneses, quien ha sido fundamental en el desarrollo del presente trabajo tanto en conocimiento y orientación, proporcionándome las mejores herramientas de investigación.

Doy gracias a todos los profesores que me han brindado su conocimiento enriquecedor y han logrado que esta experiencia sea muy gratificante. En especial mi admiración y agradecimiento al profesor Alejandro Valencia, por ser parte de este proceso de enseñanza y aprendizaje mutuo, por su amistad invaluable, profesionalismo y por su constante entrega. Me ayudo a reflexionar y aprender mucho acerca de lo sublime que es la psicología.

No podría haber finalizado sin agradecer a mis compañeros de clase, ya que cada uno de ellos con su conocimiento y experiencia aportó mucho en mi proceso de formación, agradezco sobre todo a mis compañeras de viaje Claudia, Anita y Ximena, que con cada anécdota, risa, canción y cada ocurrencia, amenizaban el transcurso de viaje de ida a la universidad como de regreso a nuestras casas, fue una experiencia muy encantadora, con personas muy agradables, así que si de alguna manera pudiera repetir esta experiencia vivida lo volvería hacer sin duda.

En fin, agradezco a cada uno de ustedes por su gran aporte en este proceso de formación profesional y lo importantes que son para mí.

## **APROBACION DEL DIRECTOR DE TESIS**

Yo, PhD. Alexandra Yakeline Meneses Meneses certifico que el estudiante Didier Fernando Torres Navarrete, portador de cédula 1725382442, ha desarrollado bajo mi tutoría el trabajo de grado titulado “Eficacia de la terapia dialéctica conductual para disminuir recaídas en un paciente con antecedentes de consumo problemático de alcohol y drogas en la ciudad de Quito, año 2023”.

El trabajo está realizado acorde a la metodología y normas dispuestas en los lineamientos de la reglamentación del título a obtener, por lo que autorizo se presente a sustentación para la calificación respectiva.

Ibarra, 2 de junio del 2025

Lo certifico,



Firmado electrónicamente por:  
**ALEXANDRA YAKELINE  
MENESES MENESES**

Validar Únicamente con FirmaEC

PhD. Alexandra Yakeline Meneses Meneses

**DIRECTORA DE TESIS**



## BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

### AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN

#### A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

#### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

| DATOS DE CONTACTO    |                                                                |                    |            |
|----------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------|------------|
| CÉDULA DE IDENTIDAD: | 1725382442                                                     |                    |            |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | TORRES NAVARRETE DIDIER FERNANDO                               |                    |            |
| DIRECCIÓN:           | La Forestal, Las lajas y Pompeya                               |                    |            |
| EMAIL:               | <a href="mailto:dftorresn@utn.edu.ec">dftorresn@utn.edu.ec</a> |                    |            |
| TELÉFONO FIJO:       |                                                                | TELÉFONO<br>MÓVIL: | 0984626646 |

| DATOS DE LA OBRA            |  |                                                                                                                                                                                    |          |                                                                                                |
|-----------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO:                     |  | “EFICACIA DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA DISMINUIR RECAÍDAS EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA CIUDAD DE QUITO, AÑO 2023” |          |                                                                                                |
| AUTOR:                      |  | Didier Fernando Torres Navarrete                                                                                                                                                   |          |                                                                                                |
| FECHA:                      |  | 03/02/2025                                                                                                                                                                         |          |                                                                                                |
| SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO |  |                                                                                                                                                                                    |          |                                                                                                |
| PROGRAMA:                   |  |                                                                                                                                                                                    | PREGRADO | POSGRADO  |
| TÍTULO POR EL QUE OPTA:     |  | Magíster en Psicología Clínica<br>Mención Psicoterapia                                                                                                                             |          |                                                                                                |
| TUTOR/ ASESOR:              |  | PhD. Alexandra Yakeline Meneses Meneses<br>PhD. Silvia Susana Baldeón Loza                                                                                                         |          |                                                                                                |

## CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de esta y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a 12 de junio del 2025

### EL AUTOR:



**C.C.1725382442**

Psc. Didier Fernando Torres Navarrete



Facultad de  
Posgrado

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

RESOLUCIÓN 173-SE-33-CACES 2020

26 de octubre del 2020

FACULTAD DE POSGRADO

Ibarra, 27 de junio de 2024

Dra. Lucia Yépez

**DECANO/A**

**FACULTAD DE POSTGRADO**

**ASUNTO:** Conformidad con el documento final

Señora Decana:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “Eficacia de la terapia dialéctica conductual para disminuir recaídas en un paciente con antecedentes de consumo problemático de alcohol y drogas en la ciudad de Quito, 2023” del maestrante Didier Fernando Torres Navarrete, de la Maestría de Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente

|         | Apellidos y Nombres                | Firma                                                                                                                                                                  |
|---------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tutora  | Alexandra Yakeline Meneses Meneses | Firmado electrónicamente por:<br> <b>ALEXANDRA<br/>YAKELINE MENESES<br/>MENESES</b> |
| Asesora | Silvia Susana Baldeón Loza         | Firmado electrónicamente por:<br> <b>SILVIA SUSANA BALDEON LOZA</b>                |

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|                                                                                                                                                                                                                                                |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| DEDICATORIA .....                                                                                                                                                                                                                              | II   |
| AGRADECIMIENTOS .....                                                                                                                                                                                                                          | III  |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS.....                                                                                                                                                                                                                      | VI   |
| RESUMEN .....                                                                                                                                                                                                                                  | VIII |
| ABSTRACT .....                                                                                                                                                                                                                                 | IX   |
| CAPÍTULO I.....                                                                                                                                                                                                                                | 1    |
| EL PROBLEMA.....                                                                                                                                                                                                                               | 1    |
| 1.1 Problema de Investigación.....                                                                                                                                                                                                             | 1    |
| 1.2 Antecedentes.....                                                                                                                                                                                                                          | 4    |
| 1.3 Objetivos.....                                                                                                                                                                                                                             | 7    |
| 1.3.1. Objetivo General .....                                                                                                                                                                                                                  | 7    |
| 1.4. Preguntas Científicas .....                                                                                                                                                                                                               | 7    |
| 1.4.1. Pregunta Científica General .....                                                                                                                                                                                                       | 7    |
| 1.5 Justificación .....                                                                                                                                                                                                                        | 8    |
| CAPITULO II .....                                                                                                                                                                                                                              | 10   |
| MARCO REFERENCIAL .....                                                                                                                                                                                                                        | 10   |
| 2.1 Drogas.....                                                                                                                                                                                                                                | 10   |
| 2.1.1 Consumo de drogas .....                                                                                                                                                                                                                  | 10   |
| 2.1.2 Tipos de drogas .....                                                                                                                                                                                                                    | 10   |
| 2.2 Adicción.....                                                                                                                                                                                                                              | 12   |
| Según la definición de la Real Academia de España (RAE, 2014), “adicción” se refiere a la dependencia de una sustancia o actividad nociva para la salud o el equilibrio psicológico, incluido el sufrimiento extremo para alguien o algo ..... | 12   |
| 2.2.1 Tipos de Adicción .....                                                                                                                                                                                                                  | 12   |
| 2.3 Drogodependencia.....                                                                                                                                                                                                                      | 12   |
| 2.3.1 Tipos de Drogodependencias.....                                                                                                                                                                                                          | 12   |
| 2.4 Recaídas en drogodependencia .....                                                                                                                                                                                                         | 13   |
| 2.4.1 El problema en las recaídas.....                                                                                                                                                                                                         | 13   |
| 2.4.2 Factores de riesgo en las recaídas .....                                                                                                                                                                                                 | 13   |
| 2.4.3 Prevalencia en las recaídas.....                                                                                                                                                                                                         | 14   |
| 2.4.4 Prevención de las recaídas .....                                                                                                                                                                                                         | 14   |
| 2.5 Terapia Dialéctica Conductual.....                                                                                                                                                                                                         | 15   |
| 2.5.1 Definición y principios fundamentales.....                                                                                                                                                                                               | 15   |
| 2.5.2 Breve reseña histórica.....                                                                                                                                                                                                              | 15   |
| 2.5.3 Evidencia .....                                                                                                                                                                                                                          | 17   |
| 2.5.4 Dialéctica entre aceptación y cambio.....                                                                                                                                                                                                | 17   |
| 2.5.5 Validación y Mindfulness.....                                                                                                                                                                                                            | 18   |
| 2.5.6 Modos o tipos de tratamiento .....                                                                                                                                                                                                       | 18   |
| 2.5.7 Fases de la terapia.....                                                                                                                                                                                                                 | 20   |
| 2.5.8 Entrenamiento en habilidades .....                                                                                                                                                                                                       | 21   |
| 2.6 Marco Legal .....                                                                                                                                                                                                                          | 23   |
| 2.6.1. Constitución de la República del Ecuador.....                                                                                                                                                                                           | 23   |
| 2.6.2. Ley Orgánica de la Salud.....                                                                                                                                                                                                           | 23   |
| CAPÍTULO III.....                                                                                                                                                                                                                              | 24   |



|                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|                                                                                                                                                            | IX |
| MARCO METODOLÓGICO .....                                                                                                                                   | 24 |
| 3.1. Descripción del Área de Estudio / Descripción del Grupo de Estudio .....                                                                              | 24 |
| 3.2 Enfoque y Tipo de Investigación .....                                                                                                                  | 25 |
| 3.3 Procedimiento de Investigación .....                                                                                                                   | 25 |
| 3.4 Operacionalización de Variables .....                                                                                                                  | 26 |
| La recaída se considera un uso de la sustancia adictiva tras un periodo de abstinencia. Parks y Marlatt, (2000) .....                                      | 27 |
| Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD).....                                                                                                 | 27 |
| Emociones Desagradables .....                                                                                                                              | 27 |
| Malestar Físico .....                                                                                                                                      | 27 |
| Emociones Agradables .....                                                                                                                                 | 27 |
| Probando Autocontrol .....                                                                                                                                 | 27 |
| Necesidad de Consumo .....                                                                                                                                 | 27 |
| Conflicto con otros .....                                                                                                                                  | 27 |
| Presión Social.....                                                                                                                                        | 27 |
| Momentos Agradables con Otros.....                                                                                                                         | 27 |
| ISCD P: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 10, 29, 40 y 51. ISCA P: 2, 16, 23, 24, 26, 33, 34, 53, 55, 59, 61, 63, 64, 68, 71, 74, 76, 83, y 90 .....                  | 27 |
| ISCDP: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 9, 20, 39 y 50.....                                                                                                          | 27 |
| ISCD P: 1, 11, 21, 31 y 41. ISCAP: 3, 14, 31, 37, 58, 65, 78, 79, 85 y 98 .....                                                                            | 27 |
| ISCD P: 2, 12, 22, 32 y 42. ISCA P: 5, 17, 36, 43, 45, 54, 57, 80, 81 y 91 .....                                                                           | 27 |
| ISCD P: 4, 14, 24, 34, 44 y 54.....                                                                                                                        | 27 |
| ISCD P:7, 17, 19, 27, 30, 37, 47, 49, 52, 56, 57, 58, 59 y 60. ISCA P: 1, 8, 9, 18, 25, 27, 28, 30, 44, 50, 52, 56, 62, 66, 77, 87, 92, 94, 99 y 100 ..... | 27 |
| ISCD P: 8, 18, 28, 38 y 48. ISCA P: 10, 19, 22, 39, 49, 60, 69, 73, 84 y 96.....                                                                           | 27 |
| ISCD P: 6, 16, 26, 36 y 46. ISCA P: 6, 12, 21, 46, 48, 72, 82, 88, 93 y 95.....                                                                            | 27 |
| • 0 nunca .....                                                                                                                                            | 27 |
| • 1 rara Vez .....                                                                                                                                         | 27 |
| • 2 frecuentemente .....                                                                                                                                   | 27 |
| • 3 casi Siempre.....                                                                                                                                      | 27 |
| La recaída se considera un uso de la sustancia adictiva tras un periodo de abstinencia. Parks y Marlatt, (2000) .....                                      | 28 |
| 3.4.1 Técnicas e Instrumentos .....                                                                                                                        | 29 |
| CAPÍTULO IV.....                                                                                                                                           | 39 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....                                                                                                                               | 39 |
| BIBLIOGRAFIA .....                                                                                                                                         | 52 |

## RESUMEN

La tesis se enfoca en investigar la eficacia de la terapia dialéctica conductual, en su abordaje y técnicas terapéuticas para la disminución de recaídas en el consumo problemático de alcohol y drogas basados en un caso, en el cual participó un joven universitario que presenta abuso en el consumo de las sustancias mencionadas. El objetivo de este estudio consistió en determinar la eficacia de la TDC en la disminución de recaídas del paciente con antecedentes de consumo problemático de alcohol y drogas que se encuentra en proceso de deshabituación. Para lo cual se utilizó el método cuantitativo basado en un diseño de caso único de un universitario con consumo problemático, quien aceptó someterse a un tratamiento psicoterapéutico basado en la TDC. Los resultados del tratamiento respaldan la eficacia de la terapia dialéctica conductual como una técnica terapéutica efectiva y capaz de abordar problemas relacionados al consumo problemático de alcohol y drogas, subrayando la mejora continua en las habilidades propuestas por la TDC, mejor manejo del autocontrol y reducción de los impulsos por consumir. Como conclusión, se logró disminuir el riesgo de consumo, la disminución en todas las dimensiones el riesgo de recaídas, y especialmente en los factores que al inicio del tratamiento mostraron mayor frecuencia.

**PALABRAS CLAVES:** Terapia dialéctica conductual, Consumo problemático de sustancias, Recaídas, Estudiante Universitario

## **ABSTRACT**

The thesis focuses on investigating the efficacy of dialectical behavioral therapy, in its approach and therapeutic techniques for the reduction of relapses in problematic alcohol and drug consumption based on a case, in which a young university student who presents abuse in the consumption of the mentioned substances participated. The objective of this study was to determine the efficacy of DBT in reducing relapses in patients with a history of problematic alcohol and drug use who are in the process of detoxification. For this purpose, a quantitative method was used based on a single case design of a university student with problematic consumption, who agreed to undergo a psychotherapeutic treatment based on DBT. The results of the treatment support the efficacy of dialectical behavioral therapy as an effective therapeutic technique capable of addressing problems related to problematic alcohol and drug use, highlighting the continuous improvement in the skills proposed by DBT, better self-control management and reduction of urges to consume. In conclusion, it was possible to reduce the risk of consumption, decrease the risk of relapse in all dimensions, and especially in the factors that at the beginning of the treatment showed the highest frequency.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Problematic substance use, Relapse, College Student.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Problema de Investigación**

Según las estadísticas, más de mil millones de personas consumieron drogas en 2019, y se estima que hay 275 millones de personas entre 15 y 64 años en todo el mundo, es decir, 1 de cada 18 personas de este grupo de edad ha consumido drogas en ese momento. Hubo un incidente el año anterior (rango: 175-374 millones). Esto corresponde al 5,5% de la población mundial de 15 a 64 años (rango: 3,5% a 7,4%). Entre 2010 y 2019, se estima que el número de personas que consumieron una sustancia en el último año aumentó un 22 %, de 226 a 274 millones, impulsado en parte por un aumento de la población mundial, que creció un 10 % en edades de 15 a 64 años.

Sin embargo, considerando la amplia intervalos de incertidumbre de estas estimaciones y el hecho de que las estimaciones globales representan los mejores datos disponibles en cualquier año determinado, cualquier comparación de las estimaciones debe comprenderse con mucha cautela (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021).

El consumo de drogas es considerado como uno de los 20 riesgos para la salud más importantes en todo el planeta y uno de los 10 factores que sobresalen en los países de primer mundo. Según la Organización Mundial de la Salud en años anteriores, aprox. 450,000 personas como resultado del consumo de drogas murieron, de las cuales 167.750 estuvieron directamente relacionadas con trastornos por uso de sustancias en su mayoría sobredosis (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018)

En los 15 países de América Latina y el Caribe para los que hay datos disponibles, un promedio del 5% de la población consume cannabis regularmente. Chile y Jamaica tienen tasas significativamente más altas de consumo de cannabis (15%), les sigue Uruguay con un porcentaje de (9%) y Argentina con un (8%). El consumo es notablemente más bajo en los países de Bolivia, Ecuador y Panamá, donde la prevalencia es tan solo del 1%. La prevalencia de cocaína en los 14 países de América Latina y el Caribe para los que hay datos disponibles es del 0,65%. Argentina y Uruguay tienen las tasas de consumo más altas de la región, con un 1,6%, seguidos de Costa Rica (1,2%) y Chile (1,1%), mientras tanto en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe menos del 1% de la población consume cocaína (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2020). Igualmente, según estudios, la marihuana se cataloga como droga ilícita universalmente propagada. Se supone que alrededor de 45 millones de individuos en América Latina la ingieren (Naranjo Vázquez et al., 2023)

Para lo cual, En Ecuador se creó la Secretaría Técnica sobre Drogas denominada también como la (SETED) con la tarea de coordinar, formular, promover y monitorear la implementación de procesos intersectoriales para prevenir el tráfico y consumo de drogas a través de un enfoque centrado en las personas (Velasco, 2019).

Ecuador tiene un modelo de atención comunitaria de salud mental basado en la descentralización, la participación social y la integración de un componente de salud mental en la atención primaria. Considera la política, la tecnología, la economía y la sociedad y centra sus actividades en mejorar los recursos humanos y las capacidades en lugar del énfasis tradicional en la discapacidad (Ministerio de Salud Pública, 2021).

Ecuador ha implementado mecanismos para facilitar el acceso y asegurar la calidad de los servicios de tratamiento para personas con problemas de adicciones. El Estado brinda atención prioritaria, preferencial y diferenciada a hombres y mujeres según la etapa de la vida. Los servicios ambulatorios e intensivos son brindados por el sistema de salud estatal, mientras que los servicios de internación son brindados por el sistema de

salud estatal a través de centros especializados de tratamiento de alcohol y otras drogas (CETAD) e instituciones privadas (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2019).

Es un centro de tratamiento público o privado con personería jurídica y registro legal que brinda servicios especializados como prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, inclusión e integración social para personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas. Corresponden al tipo de centro de atención terciaria especializado especificado en el Acuerdo Ministerial N° 5212, brindando atención integral en la modalidad de tratamiento hospitalario (Hernández, 2021).

El propósito de generar un proceso de intervención psicológica concierne a las necesidades de los pacientes consumidores, quienes presentan molestias durante el proceso de intervención, además del deseo por consumir reiteradamente algún tipo de sustancia y dando paso nuevamente a la recaída (Cadena, 2017).

Asimismo, Es importante enfatizar que cuando los pacientes dejan de tomar drogas, pueden experimentar una variedad de síntomas físicos y emocionales, incluyendo irritabilidad o insomnio, depresión, ansiedad y otros trastornos psicológicos (Lander, 2020).

Además, la DBT se basa en un equilibrio entre estrategias de cambio y estrategias de aceptación, que forman la dialéctica fundamental que da nombre a la terapia. El significado de dialéctica implica revisar e integrar ideas y comportamientos en conflicto para formar una visión que resuelva ambas partes a través de su integración (Cano, 2021).

En este contexto, varios estudios han mostrado que la intervención basada con la terapia dialéctica conductual está logrando resultados prometedores. Desde el primer estudio de mujeres con tendencias suicidas crónicas que cumplían los criterios de TLP, se han realizado 20 ensayos controlados aleatorios (ECA) de TDC estándar o modificada en

14 centros independientes. La DBT ha demostrado eficacia en el tratamiento de una variedad de problemas de conducta, incluidos intentos de suicidio y conductas autolesivas, abuso de sustancias, bulimia nerviosa y depresión geriátrica (Teti, 2015).

Por consiguiente, con respecto a la presente investigación hay que tomar en cuenta que, en la actualidad, existen varios pacientes con consumo problemas de alcohol y drogas que están en proceso de deshabitación y se encuentran recibiendo psicoterapia en clínicas dentro de la ciudad de Quito. Los pacientes, atendidos y valorados constantemente en clínicas, también reciben tratamientos enfocados en modificar sus conductas, pensamientos de consumo, y algunas estrategias frente al consumo (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Es así como, el presente trabajo pretende resolver la siguiente interrogante: ¿Qué tan eficaz se muestra la intervención psicoterapéutica basada en la DBT para la disminución de recaídas del consumo de alcohol y drogas en un paciente con antecedentes de consumo problemático?

## **1.2 Antecedentes**

En lo que concierne al Ecuador según datos, las drogas y la comercialización de estas siguen siendo un problema social, sanitario y jurídico. El tráfico ilícito de drogas ha sido durante mucho tiempo un hecho social a lo largo de la historia de las sociedades humanas, incluida la presencia y el uso de drogas psicodélicas en celebraciones y otras actividades rituales ancestrales en diversas culturas, costumbres y rituales de todo el mundo. Estos fenómenos persisten en algunas culturas debido a la producción y el comercio de drogas en las zonas rurales y urbanas (Rodríguez, 2022).

Sin embargo, con el tiempo, el uso de estas drogas se ha distorsionado como resultado de la producción, la comercialización y la promoción del consumo de drogas, lo que ha llevado a la adicción entre los consumidores de sustancias, actualmente se ha

demostrado que este flagelo existe en todas las latitudes del mundo y con grandes cifras (De la Torre, 2022).

Por otra parte, según los últimos datos disponibles, Ecuador tiene el mayor número de atenciones de tratamiento brindados por consumo problemático de sustancias en la región con 110,970 personas atendidas (Rivadeneira, 2022).

El consumo de alcohol y drogas es de gran relevancia para el estudio, tratamiento e intervención por: su afectación, tasa de mortalidad y cantidad de personas internadas que tienen recaídas en clínicas y fundaciones de rehabilitación a nivel mundial y que además cuyos acontecimientos van en aumento.

Por otro lado, en lo que respecta a la indagación de tratamientos psicológicos eficaces, existe una pirámide de evidencias científicas junto con la medicina y otras disciplinas como lo menciona Moriana y Gálvez (2020). Entre ellas está la psicoterapia, que atraviesa un período de profunda transformación. En los últimos 50 años, ha acumulado mucha evidencia empírica de eficacia, lo que le da el carácter de una disciplina empírica (Álvarez, 2020).

En cuanto a opciones de tratamiento, no se ha demostrado que ninguna intervención sea mejor que otras, pero existen estudios que demuestran que la medicación y los tratamientos conductuales tienen éxito en la mayoría de los casos.

Por ejemplo, en cuanto a la dependencia del alcohol, se estima que el 40 % de los pacientes dejaron o redujeron su consumo de alcohol tras 12 semanas de terapia cognitivo-conductual (TCC) o un programa de doce pasos, en comparación con el 28 % de los pacientes con terapia motivacional. Para los pacientes dependientes de la cocaína, la TCC parece ser más eficaz que las intervenciones de 12 pasos y en otros casos, los pacientes con adicción al cannabis responden satisfactoriamente a la TCC y al tratamiento motivacional (Rebollo, 2021).



De igual manera, existen estudios destacados, como el de Terapia dialéctica conductual para pacientes con trastorno límite de la personalidad y drogodependencia, el cual se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado para evaluar si la Terapia conductual dialéctica (DBT), un tratamiento cognitivo-conductual eficaz para personas suicidas con trastorno límite de la personalidad también sería eficaz para mujeres drogodependientes, lo cual se ha demostrado que la DBT es más eficaz que el tratamiento habitual en el tratamiento del abuso de drogas en este estudio, lo que brinda más apoyo a la DBT como un tratamiento eficaz para pacientes con TLP gravemente disfuncional en una variedad de problemas que se presentan (Elices & Cordero, 2011).

Otro estudio realizado fue el siguiente: Terapia conductual dialéctica y programas de 12 pasos para el trastorno por consumo de sustancias: una revisión sistemática y un metaanálisis, en el cual la investigación sobre la terapia conductual dialéctica (DBT) o los programas de 12 pasos ha mostrado resultados no concluyentes; ninguna revisión sistemática ha comparado directamente los dos. A pesar de la evidencia limitada de la presente revisión, la evidencia contextual respalda los programas DBT y de 12 pasos. Se necesitan ensayos controlados aleatorios con tamaños de muestra más grandes para dilucidar mejor el impacto de ambos tratamientos en el TUS y facilitar la comparación entre la DBT y los programas de 12 pasos (Elices & Cordero, 2011).

Respecto a la recaída, debemos centrarnos en el primer y más completo modelo cognitivo conductual que intenta explicar la recaída como fenómeno, el cual fue implementado y propuesto por Marlatt y Gordon en 1985. Este modelo enfatiza la presencia de factores personales y situacionales, además presenta la recaída como la pérdida de control en situaciones de alto riesgo, teniendo así un modelo de intervención frente a las recaídas (Mitjana, 2019).

### 1.3 Objetivos

#### 1.3.1. Objetivo General

Determinar la eficacia de la TDC en la disminución de recaídas en un paciente con antecedentes de consumo problemático de alcohol y drogas que se encuentra en proceso de deshabitación.

##### *1.3.1.1 Objetivos Específicos*

Evaluar la historia personal en el perfil de consumo de alcohol y drogas del paciente.

Analizar los factores diagnósticos que conllevan a las recaídas en el caso de estudio.

Comprobar los cambios reportados por el paciente en las pruebas pre-post, estimando el efecto del tratamiento psicoterapéutico aplicado.

### 1.4. Preguntas Científicas

#### 1.4.1. Pregunta Científica General.

¿Cuál será la eficacia de la terapia dialéctica conductual como técnica terapéutica para reducir las recaídas del consumo de alcohol y drogas?

##### *1.4.1.1. Preguntas Científicas Específicas.*

¿Como se muestra el perfil de consumo de alcohol y drogas del paciente?

¿Cuáles serán los factores diagnósticos específicos que conllevan a las recaídas en el paciente?

¿Qué cambios se obtendrán en el paciente que recibió la terapia dialéctica conductual al comparar los resultados pre y post

## 1.5 Justificación

Basándose en estadísticas mundiales, regionales y globales, se entiende que la cifra de personas con consumo problemático es considerable. Es así como, se conoce que, el consumo de drogas aumentó un 22% entre 2010 y 2019, en parte debido al aumento de la población mundial. Teniendo en cuenta únicamente en los cambios demográficos, las proyecciones actuales muestran que el consumo mundial de drogas aumentará un 11% para 2030, y que África experimentará un espectacular aumento del 40% debido a una población joven en rápido crecimiento. Según los últimos datos aproximados y cálculos mundiales, cerca del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha experimentado el consumo de drogas por lo menos una vez en los últimos años, mientras que 36,3 millones de personas, o el 13% del número total de consumidores de drogas, padecen problemas relacionados con las drogas. Trastornos de uso. Se estima que más de 11 millones de personas en todo el mundo se inyectan drogas, la mitad de las cuales tienen hepatitis C (Hansford, 2021).

Por otro lado, a pesar de que el consumo problemático de sustancias hoy en día está muy marcado en la sociedad, también hay opciones de tratamientos que pueden ayudar a evadir el consumo, de igual manera un buen abordaje, tratamiento y seguimiento a largo plazo es indispensable para prevenir futuras recaídas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, 2020).

Por lo cual, el presente estudio va enfocado en intervenir psicoterapéuticamente en un paciente que presente consumo problemático de alcohol y drogas que se encuentre en proceso de deshabitación, con el objetivo de disminuir sus recaídas y optimizar su bienestar. Además, esta investigación beneficiará directamente a los familiares, amigos y personas cercanas a dicho paciente que se encuentra dentro del proceso de rehabilitación psicoterapéutica ofrecido por la clínica.

En el centro psicológico "Psicodidact" se ofrecen diferentes tipos de tratamientos en modalidad presencial como por ejemplo en el consumo problemático de alcohol y

drogas. Se evalúa el tipo de sustancia de consumo, frecuencia de consumo y tiempo de consumo, se ofrece un tratamiento que busca brindarle bienestar, autoconciencia, autonomía a la persona. Por ende, se benefician así mismos, ya que, sin drogas emplearán mejor su dinero, debido a que el consumo es muy costoso y no sólo a nivel económico, sino también hay beneficios en su salud, las relaciones sociales, la familia, además disminuye el riesgo de tener problemas legales o incluso de ocasionar su propia muerte.

## **CAPITULO II**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **2.1 Drogas**

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (1994), las drogas son sustancias medicinales o no medicinales que, al ingresar al cuerpo humano, provocan ciertos cambios en el funcionamiento normal del sistema nervioso central de la persona; además los hace propensos a la adicción, ya sea psicológica, física o ambas.

##### **2.1.1 Consumo de drogas**

Las personas consumen drogas por diversas razones, y la prevalencia del abuso depende de muchos factores sociales y psicológicos y de la facilidad de acceso a la droga. Muchos consumidores comienzan y continúan consumiendo drogas porque producen efectos placenteros y mejoran su percepción del entorno. Se sabe que la metanfetamina aumenta la energía y la excitación, incluida la excitación sexual, disminuye las inhibiciones y aumenta la autoestima (Duran, 2020).

##### **2.1.2 Tipos de drogas**

###### **Por su origen**

Consta de tres categorías, denominadas naturales, sustancias cuyos ingredientes activos se extraen directamente de materiales vegetales mediante procesos físicos sin cambiar su forma natural. Las sustancias semisintéticas son sustancias naturales obtenidas por síntesis parcial y las sintéticas, bajo ciertas condiciones físicas y en presencia de catalizadores específicos, se transforman en otras sustancias químicas diferentes a las originales como resultado de síntesis orgánica o reacciones químicas entre sustancias (Garzón, 2019).

###### **Por su valoración legal**

Las drogas legales son drogas social y culturalmente aceptadas o prescritas por los médicos, aunque en muchos casos son psicoactivas y por tanto tienen efectos importantes en el cuerpo humano. Este tipo de drogas incluyen los

medicamentos recetados, el alcohol, el tabaco y la cafeína, mientras que las drogas ilegales son sustancias psicoactivas que están prohibidas debido a los peligros de su uso y abuso. No son social ni culturalmente aceptables e incluyen medicamentos de venta libre. Las drogas ilegales incluyen ácidos, cocaína, heroína e incluso la marihuana, etc. (Binasss, 2019).

### **Por el efecto en el sistema nervioso central**

Hay 3 categorías que incluyen estimulantes, que por definición son sustancias que aumentan o aceleran la actividad del sistema nervioso central. Dependiendo de la cantidad de medicamento ingerido y de la posible toxicidad, la vida del usuario corre peligro. Por ejemplo: derivados de las anfetaminas, cocaína, antidepresivos, etc. Por otro lado, algunas drogas sedantes pueden reducir (ralentizar) la actividad del sistema nervioso central. Esta reducción se produce de forma gradual y depende de la cantidad de medicamento que se toma y de la tolerancia de la persona al medicamento; este fármaco puede provocar somnolencia, sedación, estupor, coma e incluso causar hasta la muerte. Por ejemplo: alcohol, sedantes, derivados del opio, etc. Por último, existen drogas psicodélicas que alteran la percepción de la realidad por parte del consumidor alterando la imagen, el sonido, el tacto, etc. Por ejemplo, drogas alucinógenas como la marihuana y el éxtasis (UNODC, 2015).

### **Por vía de administración**

Las drogas pueden utilizarse de 6 formas de administración: por vía oral, por ingestión, masticada o debajo de la lengua; pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal (succionado por la nariz); por vía intravenosa; inyección intramuscular o subcutánea; y recto. La ruta pulmonar es la ruta más rápida para que las drogas ingresen al cerebro, y la mayoría de las drogas psicoactivas tardan menos de 10 segundos en ingresar al cerebro. En cualquier caso, la dosis y la frecuencia de administración juegan un papel importante en la transición del uso al abuso y, en última instancia, a la adicción. Dependiendo de la administración y del tipo de droga, sus efectos y consecuencias físicas y psicológicas

resultantes son evidentes. La vía de administración más problemática, especialmente en el caso de la heroína, es la inyección intravenosa (Becoña, 2017).

## **2.2 Adicción**

Según la definición de la Real Academia de España (RAE, 2014), “adicción” se refiere a la dependencia de una sustancia o actividad nociva para la salud o el equilibrio psicológico, incluido el sufrimiento extremo para alguien o algo.

### **2.2.1 Tipos de Adicción**

Los tipos de adicción son los siguientes: Adicción a sustancias químicas, incluida la adicción al alcohol, marihuana, sedantes e hipnóticos, nicotina, cocaína, anfetaminas, éxtasis, opio, heroína. Asimismo, la adicción conductual se refiere a las adicciones al juego, a la televisión, al internet, al sexo, a la religión, al trabajo y finalmente a las adicciones al consumo como los atracones, la bulimia y la anorexia nerviosa (Rivadeneira-Díaz et al., 2020).

## **2.3 Drogodependencia**

Se refiere a una condición crónica y recurrente caracterizada por la búsqueda y el uso preferencial compulsivo, y está relacionada con la sensibilidad biológica y los efectos de la droga en el cerebro (Wickelgren, 1997).

### **2.3.1 Tipos de Drogodependencias**

La dependencia física o neuroadaptación es una condición caracterizada por la necesidad de mantener un determinado nivel de la droga en el organismo, creando así una conexión entre la droga y el organismo. Sus dos componentes principales son: síndrome de abstinencia aguda y tolerancia: condición resultante del cese brusco de la administración de un fármaco o de una sustancia antagonista, caracterizada por la manifestación de una serie de signos y síntomas físicos más o menos agudos y trastornos psicológicos de diversa gravedad y naturaleza que se resuelven con el uso de drogas o alternativas a las drogas que reducen los defectos de los neuroreceptores, y el síndrome de dependencia psicológica, que es un deseo (o impulso) irresistible de volver a consumir

drogas. Disfruta de sus efectos placenteros, placenteros y/o escapistas (sedación, euforia, alucinaciones, etc.) o evita el malestar de su ausencia (Fuentes, 2005).

## **2.4 Recaídas en drogodependencia**

De acuerdo a Marlatt y Gordon (1985) la recaída tiene como definición el retorno de una conducta adictiva después de mucho tiempo de abstinencia. La recaída puede tomar la forma de volver a consumir drogas problemáticas, reanudar viejos estilos de vida, usar medicina alternativa, actividades riesgosas u otras conductas compulsivas (Domínguez, 2021).

El concepto de recaída ha sido estudiado desde diferentes perspectivas y según Leukefeld y Tim (1989) señalaron que se puede resumir en cuatro diferentes perspectivas teóricas entre las que destacan:

Factores fisiológicos como el craving y la apetencia. Al igual los desencadenantes cognitivos incluyen el estrés, las falsas creencias sobre la capacidad de controlar el consumo, la pérdida de compromiso debido a la abstinencia y los estados emocionales negativos. Desde el punto de vista conductual, los desencadenantes son estímulos de alto riesgo que provocan el deseo de consumir drogas. Finalmente, los factores ambientales predisponentes incluyen la disponibilidad de drogas y la presión de otros para consumir drogas (Domínguez, 2021).

### **2.4.1 El problema en las recaídas**

El problema reside en que, pese a los intentos de desintoxicación, los sujetos acaban cayendo. La tendencia a recaer continúa incluso después de que los síntomas de abstinencia desaparecieron, ya que los adictos suelen recibir señales que recuerdan el consumo pasado. La recaída es prioritaria en la investigación de las adicciones porque son la principal barrera para el desarrollo del tratamiento (Guerrero, 2020).

### **2.4.2 Factores de riesgo en las recaídas**

Según las afirmaciones de Muñoz, et al. (2017) se dice que los factores de riesgo se basan en situaciones sociales, personales o interpersonales que existen en el contexto del



desarrollo de un individuo y pueden aumentar la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas o adicción a alguna de estas, haciendo hincapié en las características que permiten el desarrollo de la patología (Bahamon, 2020).

Los factores de riesgo psicosocial asociados con el uso de sustancias psicoactivas incluyen pertenecer a un grupo o vecindario violento de fácil acceso a drogas, fácil acceso a bebidas alcohólicas, cigarrillos, el uso inadecuado del tiempo libre, algunos trastornos mentales, en resumen, los factores de riesgo de consumo están relacionados con los factores de riesgo personales del sujeto, los factores de riesgo de relación y los factores de riesgo social (Pérez, et al., como se citó en Bahamon, 2020).

### **2.4.3 Prevalencia en las recaídas**

Según Grant y Hadgson (1992) sostuvieron que las recaídas en su mayoría ocurren temprano y se vuelven menos probables después de los primeros 6 meses, aunque pueden ocurrir incluso muchos años después del tratamiento.

### **2.4.4 Prevención de las recaídas**

Se considera el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) para comprender que la recaída es parte del proceso normal de cambio y por lo tanto no representa un fracaso por parte del paciente o del profesional. De hecho, una característica clave de cualquier tratamiento para la conducta adictiva es la naturaleza crónica de la recaída (Santamaría & Redondo, 2019).

La naturaleza crónica de la misma adicción implica que la recaída no solo puede ocurrir, sino que es probable que se dé en algún momento del proceso de recuperación. Como tal, la prevención de recaídas ha sido una de las áreas más desarrolladas en el campo de las adicciones y uno de los instrumentos más útiles y utilizados en el tratamiento de las adicciones (Marlatt & Gordon, 1985).

Por lo tanto, incluso si el proceso de rehabilitación se completa exitosamente, aún existen muchas condiciones que pueden incidir en la recaída del consumo, estas condiciones pueden estar relacionadas con estrés o depresión, etc., que dan la posibilidad

de recaída, por lo mismo las medidas necesarias que opte la familia para facilitar la recuperación siempre serán convenientes (Martínez et al., 2019).

Uno de los factores más importantes para reducir la recaída en la adicción es el apoyo social, visto como un proceso interactivo en el que las personas reciben apoyo emocional e instrumental de las redes sociales en las que están inmersas (Garmendia, et al., 2008).

## **2.5 Terapia Dialéctica Conductual**

### **2.5.1 Definición y principios fundamentales**

Es un tratamiento con respaldo empírico para personas con trastornos de salud mental complejos que se consideran difíciles y que tienen un impacto significativo en los síntomas depresivos, las ideas e intentos suicidas, la hospitalización y la mejora del funcionamiento global (Reyes, 2023).

TDC postula los siguientes principios:

Los pacientes hacen lo mejor que pueden.

Los pacientes tratan de mejorar.

Los pacientes requieren mejorar, esforzarse más y estar más motivados para cambiar.

Puede que los pacientes no sean la causa de todos sus problemas, pero aun así tienen que resolverlos ellos mismos (Guasco-Pérez, 2020).

### **2.5.2 Breve reseña histórica**

DBT lo fundó a finales de los 70 Marsha Linehan, que entonces investigaba el suicidio en ese tiempo. Ella realmente no sabía nada sobre el trastorno límite de la personalidad, pero lo supo más tarde. Linehan descubrió que existe una base para usar la terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad, pero hoy es casi erróneo suponer que la DBT se usa solo para tratar ese trastorno.

Linehan (1970) comenzó a trabajar con personas suicidas, explicó que era más fácil obtener apoyo financiero porque ella era la única que realizaba ensayos controlados

aleatorios con personas que contemplaban el suicidio. Su equipo de investigación se comunicó con algunos de los hospitales más cercanos y les pidió que les dieran a las poblaciones con más alto riesgo de suicidio y autolesión, lo cual hicieron. Y según dijo, intentaría tratarlos con terapia conductual. Esto no solo no era suficiente, sino que a menudo resultaba extremadamente ofensivo para los pacientes, que terminaban enfureciéndose y desertando del tratamiento.

Durante las décadas de 1970 y 1980, el conductismo era muy reconocido, aunque los enfoques humanistas también eran predominantes en ese momento. Y luego se dijo a sí mismo que tal vez había algo importante en este enfoque humanista. Por otra parte, el conductismo tenía fama de ser bastante estéril, agudo y seco. Pues estaba dispuesta a dar un paso atrás y pensar que otro enfoque, o sea el humanismo, sería una perspectiva más apropiada. Y luego lo intentó. Y tampoco salió bien. Si consideramos que el humanismo o los enfoques humanistas se encuentran en un extremo de un continuo y el conductismo en el otro extremo, veremos que son diametralmente opuestos. Luego pasó de un tratamiento a otro, casi como pasarse de un polo a otro, y descubrió que ninguno de los dos funcionaba (Vaughn, 2019).

Entre los tres elementos primordiales de la terapia dialéctica conductual recalca que se trata de una terapia cognitivo-conductual, lo que significa que el paciente aprenderá acciones y conductas diarias modificando su manera de pensar.

Por otra parte, hay un elemento de validación y aceptación. Estos aspectos tienen categorías y tipos de validación que se valorarán junto con el mismo terapeuta.

Finalmente, otro elemento clave de la DBT es la dialéctica, que tiene sus raíces en la propia filosofía. El terapeuta será el responsable de guiar al paciente para que todos los argumentos de su vida puedan mejorarse y así conseguir que pase de un atascamiento habitual a lograr avanzar en el mismo. Sin embargo, los pasos pueden variar según el caso individual y el tipo de tratamiento que reciba el paciente (Lavilla, 2019).

### 2.5.3 Evidencia

Desde que se publicaron los principales estudios a inicios de los años 90, la mayoría de las investigaciones sobre TDC se han centrado en la eficacia de la terapia en pacientes diagnosticados con TLP que exhiben conductas complejas y descontroladas. El primer estudio se centró en demostrar la eficacia de la TDC en estas áreas, pero luego se empezó a poner interés en su relación con la aplicación de la TDC a otros trastornos o problemas clínicos (Elices et al., 2019).

En el análisis post-hoc de la investigación en el que se comparó la TDC con el tratamiento especializado, se investigó la eficacia de la TDC en el tratamiento de diversos trastornos del Eje I asociados con el Trastorno Límite de la personalidad. Los resultados mostraron que la TDC fue eficaz para reducir: los trastornos por uso de sustancias en un 87 %, la depresión mayor en un 68 % y los trastornos alimentarios en un 64 %. Sin embargo, la TDC no parece ser eficaz para reducir los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, que se redujo en un 47%, o el trastorno de estrés postraumático, que se redujo en un 35%. Estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la eficacia del tratamiento en estas áreas, abriendo vías para la investigación. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que DBT-A es superior al tratamiento convencional para reducir la autolesión, las ideas suicidas y los síntomas depresivos (Soler et al., 2019).

### 2.5.4 Dialéctica entre aceptación y cambio

En DBT, la dialéctica fundamental se entrelaza entre la aceptación y el cambio, es más bien un equilibrio entre ambos. Marsha Linehan (1993) comentó que sin cambio no hay aceptación, y de igual manera sin aceptación no va a haber cambio, se necesita de ambos. La apertura y la aceptación de las personas tal como son es esencial en la DBT, y la validación es clave para formar esa aceptación.

Es la comprensión de que cada comportamiento tiene un significado basado en la experiencia de cada persona. La experiencia que esa persona comparte con nosotros es tal como percibe su experiencia, entonces en este momento de aceptación significa dejar de

lado nuestros prejuicios, interpretaciones y todos nuestros prejuicios, y escuchar lo que esta persona dice y que tiene sentido desde su experiencia lo que me menciona (Palafox, 2021).

### **2.5.5 Validación y Mindfulness**

La validación consiste en transmitir que las sensaciones físicas, los pensamientos, que las acciones y las emociones son comprensibles y significativas. El terapeuta acepta y se comunica activamente con el cliente, tomando en serio su reacción sin minimizarla. La validación es comunicarle a la persona, a través de nuestras palabras o acciones, que es escuchado y observado y que sus respuestas y comportamientos tienen un valor inherente. La validación es básicamente la respuesta “Sí” a la pregunta: ¿es esto cierto? Validar significa, si indagamos una definición más exacta, encontrar el origen de la conducta o actuar como si la conducta tuviera una causa y comunicarla. El comportamiento “x” es válido para “y” (Boggiano & Gagliesi, 2020).

Por otra parte, una de las definiciones más simples de mindfulness o atención plena en psicoterapia detalla el concepto como el acto de centrar conscientemente la atención y aceptar el momento presente. Entre las connotaciones de mindfulness suelen incluir términos como, intención, conciencia, aceptación y atención. Mindfulness precisamente es ser consciente de lo que sucede en el presente y en el ahora, sin juzgar, ni rechazar nada de lo que sucede alrededor. Es conciencia de nuestras experiencias tanto internas como las externas, sin rechazar, ni aferrarnos a nada. La práctica del mindfulness o concentración a través de la meditación es muy antigua en las tradiciones orientales, especialmente en las prácticas del budismo (Palacios, 2021).

### **2.5.6 Modos o tipos de tratamiento**

La DBT consta de cuatro tipos de tratamiento, estos modelos de tratamiento cumplen con cinco funciones: desarrollar la motivación del paciente para lograr un cambio de conducta, aumentar la competencia del paciente, resumir el progreso del paciente en el entorno natural, constituir el entorno del paciente para fortificar el cambio de la conducta y

aumentar la motivación y competencia del terapeuta del equipo respectivamente. (Sánchez, 2019).

La Terapia individual en DBT tiene como objetivo principal ayudar a las personas con desregulación emocional y conductas desadaptativas enseñándoles algunas habilidades. Estas mismas habilidades están diseñadas para reemplazar conductas problemáticas desadaptativas con otras conductas más adaptativas. El tratamiento individualizado debe tener en cuenta los factores ambientales personales del paciente, ya que estos factores pueden impedir el comportamiento asertivo del paciente y reforzar su comportamiento desadaptativo. Es muy importante que el terapeuta se comprometa a construir una relación interpersonal fuerte y positiva con el individuo desde el comienzo de la terapia, porque el terapeuta puede ser el único potenciador positivo de la motivación del paciente para buscar tratamiento. Teniendo en consideración que si todo lo demás falla, la relación terapéutica sea el motivo que lo mantenga estable (Sánchez, 2019).

Otro de los modos de tratamiento está enfocado en el entrenamiento de habilidades grupales es un componente clave de la DBT y lo mejor es que lo trabajen dos terapeutas en sesiones grupales con un tiempo aproximado de dos horas y media. El entorno grupal facilita que el terapeuta obtenga suficiente orientación para poder llevar a cabo la terapia sin quedar atascado en los problemas actuales del paciente. Además, si un paciente en particular no está de humor para hacer ejercicio, el tratamiento no se detiene porque el resto del grupo esté interesado. Los grupos permiten analizar, observar y estudiar el comportamiento interpersonal de cada participante, lo que proporciona más apoyo y les permite a los pacientes aprender tanto de unos como de otros, aumentando los medios y fuentes de aprendizaje. Los individuos suelen encontrar este tipo de orientación educativa menos estresante y más útil que otros grupos de liberación emocional. Tener otro terapeuta de apoyo en el grupo de ejercicio puede reducir el agotamiento asociado con dichos grupos. Es importante que los líderes del grupo se reúnan frecuentemente con terapeutas individuales para garantizar el progreso de la terapia (De la Vega & Sánchez, 2019).

Para Boggiano y Gagliesi (2020) el Coaching Telefónico también es un modo de tratamiento dentro de la DBT y su propósito es estar ahí cuando el paciente lo necesita, para que de esta forma pueda aplicar las habilidades y de esa manera prevenir que realice conductas problemáticas o caóticas. Hay cuatro situaciones en las que se podría llamar a un terapeuta:

1. Si tiene miedo de tener una conducta problemática
2. Si presenta alguna dificultad para emplear una habilidad o de igual forma si no puede resolver un problema.
3. Si quiere de cierto modo mejorar la relación con el terapeuta.
4. Para dar buenas noticias.

Por consiguiente, el propósito del coaching telefónico es disminuir la conducta autolesiva, además aumentar la generalización de habilidades y reducir los sentimientos de conflicto, distanciamiento o aislamiento del terapeuta (Lineham, 1993).

En fin, el último modo de tratamiento es la Reunión de Equipo de Consultoría el cual tiene como propósito asegurarse y garantizar que los miembros permanezcan muy motivados y sobre todo equipados con las habilidades pertinentes para realizar DBT con los pacientes. El terapeuta trata al paciente y el equipo trata al terapeuta. En muchos sentidos, ambas tareas se logran utilizando las mismas herramientas. (Boggiano y Galesi, 2020).

Un grupo de expertos que se reúne para discutir un caso y un grupo de pares que se reúnen para trabajar con una misma finalidad, enfoque y rigor que se usa en la terapia. Un terapeuta es un consultante. "El terapeuta se centra en los factores que le impiden realizar DBT de alta calidad.

### **2.5.7 Fases de la terapia**

De inicio se encuentra el Pretratamiento, el mismo que es muy importante porque define los límites del tratamiento que deben guiar y estructurar el plan de psicoterapia.

Dada la falta de comprensión de los detalles del sufrimiento en este y otros trastornos de la personalidad, los objetivos de esta fase son orientar al paciente hacia el

tratamiento, establecer una relación terapéutica y establecer objetivos de tratamiento y compromisos básicos para una buena función terapéutica (Palacios, 2021).

Después de la primera etapa, el objetivo principal es reducir la falta de control conductual en los pacientes con problemas más graves, como conductas que amenazan su supervivencia, que dificultan el tratamiento o que afecten gravemente a su calidad de vida. Camino a la segunda etapa se asocia con sentimientos de dolor y de igual manera como una desesperación silenciosa que se manifiesta más pronunciada cuando se controla el comportamiento característico de la primera etapa; en esta fase, el paciente comienza a lidiar con problemas residuales como trastornos mentales, algunas secuelas traumáticas de la invalidación, tristeza reprimida, aburrimiento y el sentimiento de vacío (Reyes, 2023).

En lo que concierne a la tercera etapa Gempeler (2008) se centra en el desarrollo de la autoestima y asegura que el cliente comience a construir una vida más firme. Los temas comunes de discusión aquí giran en torno a las relaciones, la satisfacción laboral y los objetivos profesionales. Al encontrarse el paciente en una etapa avanzada del tratamiento, esta etapa puede desarrollarse fuera del contexto del tratamiento y por lo tanto su duración es incierta dependiendo de las características del caso. Finalmente, llega la cuarta etapa que implica resolver problemas existenciales. Luego se espera que el paciente pase de una sensación de incompletitud a una sensación de plenitud y coherencia. Para ello, se utiliza el modelo de temas espirituales proporcionados por la tradición Zen (Albarrán et al., 2020).

### **2.5.8 Entrenamiento en habilidades**

En la Terapia Dialéctica Conductual se realiza el entrenamiento de cuatro distintas habilidades en el individuo.

En la Regulación Emocional, estas habilidades se centran más en compensar la propensión del paciente a sobre regular, suprimir o evitar emociones, como sentir y observar emociones, y otras habilidades que además van encaminadas en ayudar a los individuos a ser más efectivos al regular sus emociones como tratar las vulnerabilidades y Acción



Opuesta. Estas habilidades se pueden dividir en un grupo de habilidades más enfocadas a la aceptación y otro grupo más enfocado al cambio (Boggiano & Gagliesi, 2020).

Por otra parte, McKay (2017) se refiere a la Efectividad Interpersonal como una habilidad para expresar creencias y necesidades personales, establecer límites y negociar habilidades para resolver problemas y construir relaciones con los demás en el proceso. Algo fundamental en esta habilidad como manifiesta De la Vega & Sánchez (2013) es permitir que los pacientes participen en interacciones interpersonales efectivas. Ser eficaz significa ser capaz de alcanzar objetivos en una relación sin comprometer las relaciones con los demás y respetándose a uno mismo. Esto incluye analizar la situación y pensar en lo que se quiere lograr, analizar los factores que contribuyen y dificultan la efectividad de las relaciones interpersonales y analizar los aspectos que deben considerarse antes de realizar un pedido (Gatticelli, 2021).

También se entrenan las habilidades de Mindfulness o Conciencia Plena, indispensable por su alcance y aplicación en psicología, ha ganado importancia exponencial en la comunidad científica. El objetivo del mindfulness es conseguir que las personas se centren en el presente de forma activa, intentando no interferir o enfatizar cómo se sienten o perciben en un momento dado. Como proceso terapéutico, busca que los aspectos emocionales y cognitivos se acepten y experimenten en sus términos, en vez de evitarlos o intentar controlarlos o cambiarlos. En la práctica, desarrollar la capacidad de observar sin juzgar ni criticar requiere desarrollar una actitud de empatía, amabilidad y confianza en la propia experiencia del paciente y desarrollar habilidades clínicas para el rol profesional (Piorno, 2022).

Finalmente, una de las habilidades más importantes que se entrena es la de Tolerancia al Malestar, debido a su gran aporte puede ayudar a superar las crisis sin empeorar las cosas y de igual manera a aceptar la realidad cuando las cosas no son como queremos y no podemos cambiar. Debido a que el dolor es parte de la vida y cuando nos negamos a aceptarlo, a menudo creamos más dolor y sufrimiento. Las personas que automáticamente evitan el dolor sólo crean mucho más dolor (Boggiano & Gagliesi, 2020).

## **2.6 Marco Legal**

### **2.6.1. Constitución de la República del Ecuador**

La Constitución de la República del Ecuador, aprobada a través de un referéndum en el año 2008, que rige a todos los ciudadanos nacidos y residentes en el nuestro país.

Con respecto a la salud nuestra Constitución garantiza lo siguiente:

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

### **2.6.2. Ley Orgánica de la Salud**

**Art. 6.** Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

**Art. 14.-** Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

**Art. 10.** Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley (Ley Orgánica de Salud del Ecuador, 2006).

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Descripción del Área de Estudio / Descripción del Grupo de Estudio

El centro psicológico “Psicodidact” ubicado en el sector de Solanda al sur de la ciudad, en la calle José Abarcas y Avenida teniente Hugo Ortiz de la ciudad de Quito, el cual ofrece un servicio de calidad y atiende las necesidades psicológicas que constituyen cualquier aspecto de la vida de una persona en su ámbito personal, laboral y/o social; por consiguiente, trata a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

El estudio se realizó en Quito, en la provincia de Pichincha, Ecuador, el caso se trata, de un joven de 23 años paciente del centro psicológico que ha presentado consumo problemático de alcohol y drogas, es estudiante universitario, apasionado por los deportes. Sin embargo, desde hace aproximadamente 8 meses, ha experimentado algunas situaciones que han afectado su vida diaria.

**Tabla 1**

*Criterios de inclusión y exclusión de la muestra escogida para el estudio.*

| Criterios de inclusión. |                                                               | Criterios de exclusión. |                                                                           |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1.                      | Ser mayor de 18 años.                                         | 1.                      | Personas que nunca han consumido ninguna sustancia como alcohol y drogas. |
| 2.                      | Tener antecedentes de problemas con el consumo de sustancias. | 2.                      | Personas que se encuentren en tratamiento psicoterapéutico.               |
| 3.                      | Haber recaído en el consumo de sustancias.                    | 3.                      | Ser mayor de 65 años                                                      |
| 4.                      | Firmar el consentimiento informado.                           |                         |                                                                           |

### **3.2 Enfoque y Tipo de Investigación**

La presente investigación se realizó con el método cuantitativo, el diseño empleado corresponde a un caso único de un estudiante universitario, con un alcance descriptivo a quien se le aplicó los distintos instrumentos de evaluación, tal como se manifiesta en Sampieri y Mendoza (2018).

### **3.3 Procedimiento de Investigación**

En esta investigación, se recogió el estado del arte para contextualizar y seleccionar adecuadamente el tema de estudio, considerando la relevancia de las variables y el diseño de investigación de caso único. Posteriormente, se planteó el problema de investigación y se definió los objetivos que guiaron el estudio, acompañados de las correspondientes preguntas científicas que fundamentarán la discusión de la investigación.

La metodología seleccionada para este estudio fue un diseño de investigación de caso único, con un enfoque cuantitativo y alcance descriptivo. Se aplicó criterios de inclusión y exclusión para seleccionar al paciente más idóneo del centro psicológico “Psicodidact”, que cumpla con los criterios establecidos para la investigación. Para garantizar la integridad y el bienestar del participante, se solicitó un consentimiento informado y se estableció una relación ética en el desarrollo del estudio.

Es importante destacar que se aplicó las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki para asegurar la protección y confidencialidad de los datos recopilados. Una vez realizado las pruebas y obtenido los resultados del post test, se finalizó la tesis y se difundieron los hallazgos obtenidos.

### 3.4 Operacionalización de Variables

**Tabla 2**

*Tabla de Variable Independiente y Dependiente*

| VARIABLE INDEPENDIENTE        | DEFINICIÓN CONCEPTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DEFINICIÓN OPERACIONAL                                              | DIMENSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | INDICADORES                                                                                                                   | CODIFICADOR NUMÉRICO                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Terapia Dialéctica Conductual | La TDC pertenece a la llamada tercera generación de terapias psicológicas que, haciendo énfasis en el contexto y la función, incorporan a los planteamientos conductuales y cognitivos clásicos conceptos como la atención plena, los valores, o la aceptación. (Hayes, Villate, Levin y Hildebrandt, 2011). | Manual de habilidades del modelo terapéutico dialéctico conductual. | <p>Fase I: Evaluación diagnóstica: Establecer un diagnóstico de la condición del paciente con respecto al consumo y recaídas.</p> <p>Fase II: Desarrollo y aplicación del tratamiento (9 sesiones).</p> <p>Fase III: Evaluación de los alcances terapéuticos mediante la aplicación de un post-test.</p> <p>Fase IV: Análisis y difusión de los resultados del tratamiento.</p> | <p>Resultados obtenidos en las pruebas aplicadas Pretest.</p> <p>Resultados obtenidos en las pruebas aplicadas Post-test.</p> | <p>1 se encontró baja significancia en la eficacia del tratamiento.</p> <p>2 se encontró mediana significancia en la eficacia del tratamiento.</p> <p>3 se encontró alta significancia en la eficacia del tratamiento.</p> |

| Variable Dependiente  | Definición Conceptual                                                                                               | Definición Operacional                                                                                                     | Dimensiones                                                                                                                                                                                                                     | Indicadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Codificador Numérico                                                                                                            |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recaída en Adicciones | La recaída se considera un uso de la sustancia adictiva tras un periodo de abstinencia.<br>Parks y Marlatt, (2000). | <p>Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)</p> <p>Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA)</p> | <p>Emociones Desagradables</p> <p>Malestar Físico</p> <p>Emociones Agradables</p> <p>Probando Autocontrol</p> <p>Necesidad de Consumo</p> <p>Conflicto con otros</p> <p>Presión Social</p> <p>Momentos Agradables con Otros</p> | <p>ISCD P: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 10, 29, 40 y 51. ISCA P: 2, 16, 23, 24, 26, 33, 34, 53, 55, 59, 61, 63, 64, 68, 71, 74, 76, 83, y 90.</p> <p>ISCDP: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 9, 20, 39 y 50.<br/>ISCA P: 4, 11, 40, 41, 42, 51, 70, 75, 86 y 97.</p> <p>ISCD P: 1, 11, 21, 31 y 41. ISCAP: 3, 14, 31, 37, 58, 65, 78, 79, 85 y 98.</p> <p>ISCD P: 2, 12, 22, 32 y 42. ISCA P: 5, 17, 36, 43, 45, 54, 57, 80, 81 y 91.</p> <p>ISCD P: 4, 14, 24, 34, 44 y 54.<br/>ISCA P: 7, 13, 15, 20, 29, 32, 38, 47, 67 y 89.</p> <p>ISCD P: 7, 17, 19, 27, 30, 37, 47, 49, 52, 56, 57, 58, 59 y 60.<br/>ISCA P: 1, 8, 9, 18, 25, 27, 28, 30, 44, 50, 52, 56, 62, 66, 77, 87, 92, 94, 99 y 100.</p> <p>ISCD P: 8, 18, 28, 38 y 48. ISCA P: 10, 19, 22, 39, 49, 60, 69, 73, 84 y 96.</p> <p>ISCD P: 6, 16, 26, 36 y 46. ISCA P: 6, 12, 21, 46, 48, 72, 82, 88, 93 y 95.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>0 nunca</li> <li>1 rara Vez</li> <li>2 frecuentemente</li> <li>3 casi Siempre</li> </ul> |

|                       |                                                                                                                         |                                                                         |                                        |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recaída en Adicciones | La recaída se considera un uso de la sustancia adictiva tras un periodo de abstinencia.<br><br>Parks y Marlatt, (2000). | Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) | Productos derivados del tabaco         | P: 1,2,3,4,5,6,7 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 No</li> <li>• 1 Si</li> <br/> <li>• 0 Nunca</li> <li>• 1 Una o dos veces</li> <li>• 3 Cada mes</li> <li>• 4 Cada semana</li> <li>• A diario o casi a diario</li> <br/> <li>• 0 Nunca</li> <li>• 1 sí, en los 3 últimos meses</li> <li>• 2 sí, pero no en los últimos 3 meses</li> </ul> |
|                       |                                                                                                                         |                                                                         | Bebidas Alcohólicas                    | P: 1,2,3,4,5,6,7 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                         |                                                                         | Cannabis (Marihuana, etc.)             | P: 1,2,3,4,5,6,7 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                         |                                                                         | Cocaína (Coca, etc.)                   | P: 1,2,3,4,5,6,7 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                         |                                                                         | Estimulantes de tipo anfetamínico      | P: 1,2,3,4,5,6,7 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                         |                                                                         | Inhalantes (Gasolina, pegamento, etc.) | P: 1,2,3,4,5,6,7 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                         |                                                                         | Sedantes o pastillas para dormir       | P: 1,2,3,4,5,6,7 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                         |                                                                         | Alucinógenos (Ácidos, LSD, etc.)       | P: 1,2,3,4,5,6,7 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                         |                                                                         | Opiáceos (Heroína, morfina, etc.)      | P: 1,2,3,4,5,6,7 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                         |                                                                         | Otro tipo de drogas                    | P: 1,2,3,4,5,6,7 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

### 3.4.1 Técnicas e Instrumentos

#### 3.4.1.1 *Inventario de situaciones de consumo de drogas. (ISCD)*

Este instrumento fue elaborado por Annis & Martin en 1985, consta de 60 reactivos; evalúa la cantidad porcentual (0% - 100%) de situaciones que precipitan el consumo de drogas ante ocho situaciones precipitantes. Se sustenta en los hallazgos sobre situaciones de riesgo al consumo desarrolladas por Marlatt, 1985.

El objetivo es identificar las situaciones de riesgo al consumo en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída. En este inventario, el individuo tiene que indicar la frecuencia, con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones que se le presentan. Los reactivos de las ocho categorías de situaciones de consumo de drogas se clasifican en dos áreas:

I. Situaciones Personales, en las que el consumo involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y que se subdivide en 5 categorías, que incluyen los siguientes reactivos:

1) Emociones Desagradables: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 10, 29, 40 y 51.

2) Malestar Físico: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 9, 20, 39 y 50.

3) Emociones Agradables: 1, 11, 21, 31 y 41.

4) Probando Autocontrol: 2, 12, 22, 32 y 42.

5) Necesidad o Tentación de Consumo: 4, 14, 24, 34, 44 y 54.



II. Situaciones que involucran a terceras personas y que se subdividen en tres categorías:

6) Conflicto con otros: 7, 17, 19, 27, 30, 37, 47, 49, 52, 56, 57, 58, 59 y 60.

7) Presión Social: 8, 18, 28, 38 y 48.

8) Momentos Agradables con Otros: 6, 16, 26, 36 y 46.

**Instrucciones de Aplicación:** “A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos, lea cada frase y marque la respuesta que en forma más precisa describa con qué frecuencia consumió ante diversas situaciones”. Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: Nunca = 0, Rara Vez = 1, Frecuentemente = 2 y Casi Siempre = 3.

Se obtiene el puntaje de cada subescala al sumar los puntajes de cada reactivo.

Las fórmulas para la obtención del índice del problema en cada subescala son:

Emociones Desagradables:  $\text{suma} / 30 \times 100$

Malestar Físico:  $\text{suma} / 30 \times 100$

Emociones Agradables:  $\text{suma} / 15 \times 100$

Probando Autocontrol:  $\text{suma} / 15 \times 100$

Necesidad Física:  $\text{suma} / 18 \times 100$

Conflicto con otros:  $\text{suma} / 42 \times 100$

Presión Social:  $\text{suma} / 15 \times 100$

Momentos Agradables con otros:  $\text{suma} / 15 \times 100$

Un puntaje de 0% a 100% indica el índice de problema de consumo de la droga en cada situación. Por ejemplo, un índice de 0% señala que el usuario no utilizó la sustancia y hay poca probabilidad de riesgo al consumo en esa situación. Una puntuación entre 70% y 100% señala un consumo muy elevado ante esa situación siendo un riesgo mayor de consumo ante la misma. Se pueden jerarquizar las tres situaciones de riesgo más altas, como las de mayores riesgos de consumo en el usuario.

Este instrumento se adaptó a población mexicana por De León y Pérez en el 2001, mostrando una confiabilidad test-retest de .98 siendo significativos todos sus reactivos al .000.

#### ***3.4.1.2 Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA)***

El ISCA fue elaborado por Annis, Graham y Davis en 1987, consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo durante el año anterior. Fue adaptado a población mexicana en 1997 (Echeverría, et al., 1998). Los reactivos se agrupan en 8 categorías; los puntajes de las ocho subescalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable respetando el universo de situaciones de recaída en usuarios bebedores problema. Este inventario situacional tiene como sustento teórico el enfoque cognitivo-conductual acorde al trabajo empírico de Marlatt y colaboradores quienes definieron los antecedentes que llevan al abusador de alcohol a la recaída.

Las ocho subescalas se dividen en dos categorías de situaciones de consumo de alcohol:

I. Situaciones Personales, en las que el beber involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y que se subdivide en 5 categorías, que incluyen los siguientes reactivos:

1) Emociones Desagradables: 2, 16, 23, 24, 26, 33, 34, 53, 55, 59, 61, 63, 64, 68, 71, 74, 76, 83, y 90.

2) Malestar Físico: 4, 11, 40, 41, 42, 51, 70, 75, 86 y 97.

3) Emociones Agradables: 3, 14, 31, 37, 58, 65, 78, 79, 85 y 98.

4) Probando Autocontrol: 5, 17, 36, 43, 45, 54, 57, 80, 81 y 91.

5) Necesidad o Tentación de Consumo: 7, 13, 15, 20, 29, 32, 38, 47, 67 y 89.

II. Situaciones que involucran a terceras personas y que se subdividen en tres categorías:

6) Conflicto con otros: 1, 8, 9, 18, 25, 27, 28, 30, 44, 50, 52, 56, 62, 66, 77, 87, 92, 94, 99 y 100.

7) Presión Social: 10, 19, 22, 39, 49, 60, 69, 73, 84 y 96.

8) Momentos Agradables con Otros: 6, 12, 21, 46, 48, 72, 82, 88, 93 y 95.

**Objetivo:** evalúa las situaciones de riesgo de consumo en el usuario.

**Instrucciones de Aplicación:** “A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos, lea cada frase y marque la respuesta que en forma más precisa describa con qué frecuencia consumió ante diversas situaciones”.

**Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos:** Nunca = 0, Ocasionalmente = 1, Frecuentemente = 2 y Casi Siempre = 3. Se obtiene el puntaje de cada subescala al sumar los puntajes de cada reactivo. Las fórmulas para la obtención del índice del problema en cada subescala son:

Emociones Desagradables:  $\text{suma} / 60 \times 100$

Malestar Físico:  $\text{suma} / 30 \times 100$

Emociones Agradables:  $\text{suma} / 30 \times 100$

Probando Autocontrol:  $\text{suma} / 30 \times 100$  • Necesidad Física:  $\text{suma} / 30 \times 100$

Conflicto con otros:  $\text{suma} / 60 \times 100$

Presión Social: suma / 30 x 100

Momentos Agradables con otros: suma / 30 x 100

**Interpretación:** se puede obtener un índice del problema, dado que los puntajes porcentuales de cada subescala van de 0 a 100 e indican en cada usuario la magnitud del problema en esta subescala, por ejemplo; un puntaje de 0% indica que nunca bebió en exceso estando en esa situación y no representa para el usuario un riesgo de consumo; en tanto que uno de entre 70% y 100% indica consumo excesivo frecuente ante esa situación y es de alto riesgo. Se jerarquizan los puntajes a partir de los más altos y los tres más elevados indican las áreas de mayor riesgo para el consumo en exceso.

#### ***3.4.1.3 Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)***

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo.<sup>3,4,5</sup> La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. La prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas 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, Otras drogas

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente).

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. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse.

Por cuestiones prácticas en estos manuales se ha utilizado el término puntuación de riesgo del ASSIST (para cada sustancia). Como se dispuso en el cuestionario ASSIST, cada usuario tendrá 10 puntos de riesgo, es decir:

- a) Puntuación de riesgo para tabaco (de 0 a 31)
- b) Puntuación de riesgo para alcohol (de 0 a 39)
- c) Puntuación de riesgo para cannabis (de 0 a 39)
- d) Puntuación de riesgo para cocaína (de 0 a 39)
- e) Puntuación de riesgo para estimulantes de tipo anfetamina (de 0 a 39)
- f) Puntuación de riesgo para inhalantes (de 0 a 39)
- g) Puntuación de riesgo para sedantes (de 0 a 39)

- h) Puntuación de riesgo para alucinógenos (de 0 a 39)
- i) Puntuación de riesgo para opiáceos (de 0 a 39)
- j) Puntuación de riesgo para ‘otras’ drogas (de 0 a 39)

La puntuación se puede registrar en la última página del cuestionario, el cual se guardará en el registro del usuario si se requiere.

El cuestionario ASSIST asigna una puntuación de riesgo a cada sustancia para después iniciar una conversación (intervención breve) con los usuarios sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, que determina la intervención más adecuada para cada nivel (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente).

**Tabla 3**

*Tabla del nivel de riesgo de alcohol y otras sustancias (Drogas)*

| <b>Riesgo</b> | <b>Alcohol</b> | <b>Todas las demás sustancias (Drogas)</b> |
|---------------|----------------|--------------------------------------------|
| Bajo          | 0-10           | 0-3                                        |
| Moderado      | 11-26          | 4-26                                       |
| Alto          | 27+            | 27+                                        |

**Tabla 4**

## Plan Terapéutico

| <b>Temáticas por sesión</b>                                                              | <b>Objetivos</b>                                                                                                          | <b>Recursos</b>                                                                                                                                                                                                               | <b>Tiempo</b>                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sesión 1</p> <p>Aplicación de los instrumentos</p> <p>Pretest.</p> <p>Evaluación.</p> | <p>Aplicar los instrumentos con la finalidad de conocer datos o resultados presentes, sin recibir aún un tratamiento.</p> | <p>La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)</p> <p>Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD).</p> <p>Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA).</p> <p>Esferos</p> | <p>La aplicación de estas herramientas se desarrollará aproximadamente en 1 hora y 30 minutos.</p> |
| <p>Sesión 2</p> <p>Análisis Funcional de la conducta e Introducción a la TDC</p>         | <p>Orientar en qué consiste la terapia y cómo se desarrollará en todo el proceso.</p>                                     | <p>Folleto para el usuario de análisis funcional</p> <p>Formato de Análisis Funcional de la Conducta de Consumo</p>                                                                                                           | <p>Se desarrollará la presentación en 60 min.</p>                                                  |

|                                                                   |                                                                                                                                                                                          |                                                       |                                             |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Sesión 3<br>Desarrollo de la dialéctica entre aceptación y cambio | Abandonar el pensamiento dicotómico y problemático, aceptando la realidad por más compleja que sea.                                                                                      | Folleto acerca del cambio de pensamientos.            | Se desarrollarán las actividades en 60 min. |
| Sesión 4<br>Validación Emocional                                  | Aceptar los pensamientos, sentimientos, emociones de uno mismo como las de los demás sin juzgar ni ridiculizar cada una.                                                                 | Folleto acerca del manejo de las emociones.           | Se desarrollarán las actividades en 60 min. |
| Sesión 5<br>Habilidades de Conciencia plena                       | Lograr un profundo estado de conciencia libre de juicios sobre nuestras sensaciones, sentimientos o pensamientos, prestar atención a lo que acontece en nuestro interior a cada momento. | Material Lúdico<br>Cualquier objeto<br>Algún alimento | Se desarrollará las actividades en 60 min   |
| Sesión 6<br>Habilidades de Efectividad Interpersonal              | Crear y mantener una armonía que permita balancear las necesidades personales con las de los demás, equilibrando la dialéctica entre aceptación y cambio.                                | Material Lúdico<br><br>Hojas de papel<br><br>Esferos  | Se desarrollarán las actividades en 60 min. |



|                                                     |                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                          |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Sesión 7<br>Habilidades de Regulación Emocional     | Adquirir la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada y para autogestionar el propio bienestar emocional en la persona. | Material Lúdico<br><br>Hojas de papel<br><br>Esferos                                                           | Se desarrollarán las actividades en 60 min.              |
| Sesión 8<br>Habilidades de Tolerancia al Malestar   | Aprender a tolerar y sobrellevar las situaciones de crisis sin empeorar las cosas, aceptando la realidad.                             | Material Lúdico<br><br>Papelotes<br><br>Marcadores<br><br>Pinturas                                             | Se desarrollarán las actividades en 60 min.              |
| Sesión 9<br>Aplicación de los instrumentos Postest. | Aplicar los instrumentos para conocer datos o resultados presentes, tras recibir el tratamiento.                                      | (ISCD).<br>(ISCA).<br>La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias<br>(ASSIST)<br>Esferos | Se desarrollarán las actividades en 1 hora y 30 minutos. |

## **CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1 Perfil sociodemográfico del caso**

#### **4.1.1 Datos del caso**

Género: Masculino

Edad: 23 años

Estado civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Nivel de estudios: Bachiller

Estrato económico: Medio-Bajo

#### **4.1.2 Historia personal**

Comenta que es una persona extrovertida, que le gusta los deportes en especial jugar al fútbol en el cual se destaca, por el momento se encuentra estudiando una tecnología en marketing, tiene facilidad para hacer amigos, sin embargo, tiene pocos amigos íntimos, es una persona influenciable, fácil de convencer y persuadir lo que le ha generado ciertos inconvenientes.

#### **4.1.3 Historia familiar**

El paciente vive con sus padres, los cuales trabajan la mayor parte del tiempo, comenta que tiene un mejor vínculo con su madre que con su padre, sin embargo, conviven de una buena manera, es el segundo de 3 hermanos, con los cuales también tiene una buena relación, sus 2 hermanos de igual manera viven con sus padres con la diferencia que ellos por el momento se encuentran trabajando y aportan para el hogar mientras que el de momento se encuentra estudiando.

#### **4.1.4 Ámbito socio afectivo**

El paciente presenta habilidades para socializar, establece diálogos con otros, le gusta interactuar en grupos y sentir que pertenece a uno. En cuanto a la parte afectiva tuvo una relación sentimental hace años con una chica con la que llevaba un buen tiempo, pero decidieron terminar, desde entonces solo ha tenido relaciones afectivas cortas de un día o días.

#### **4.1.5 Hábitos y estilos de vida**

Por las mañanas se despierta tarde a desayunar, sin apuro utiliza su teléfono para revisar redes sociales, etc., cuando esta de ánimo arregla su dormitorio, se ducha, se alista y sale para sus clases, de regreso a casa se queda con algunos amigos conversando a veces hasta tarde otras veces se va pronto, por las tardes cuando tiene deberes los realiza y cuando no tiene sale con sus amigos a jugar futbol o se entretiene en su teléfono, por lo general eso entre semana, en el fin de semana prefiere estar fuera de casa y divertirse con sus amigos, pocas veces salen con su familia o se reúnen para hacer alguna actividad.

#### **4.2 Antecedentes del problema con el consumo de sustancias**

En su familia no hay antecedentes de consumo, ya que para su religión es inaceptable según el paciente, pero el empieza a consumir sustancias a los 16 años, tras una fiesta de cumpleaños con compañeros del colegio, todo empezó con un vaso de cerveza que parece no agrado, pero probó otros tipos de licores con dulce que, si se agradó, para las posteriores reuniones sociales entre compañeros, toleraba más el alcohol y le daba placer al realizar otras actividades. A la edad de 19 años con sus amigos del vecindario en una reunión por curiosidad consumió marihuana, no sintió efecto alguno por lo cual no ya no quiso probar por un periodo de tiempo, sin embargo,

en otra ocasión volvió a consumir y le provoco sensación de placer y tranquilidad, desde ese momento el consumo de alcohol y otras sustancias ha sido más frecuente en fiestas y salidas con amigos.

#### 4.2.1 Perfil topológico

**Cognitiva:** El paciente presenta todas sus funciones cognitivas acordes a su edad, en el dialogo que se mantuvo se pudo apreciar el buen uso del lenguaje, razonamiento, atención, memoria y que estaba orientado en tiempo y espacio.

**Fisiológica:** No refiere problemas, ni antecedentes, aparentemente se aprecia todo de manera natural.

**Afectiva:** Reconoce sus emociones, tiene vínculos afectivos con sus padres, familiares más cercanos, amigos, estuvo una relación sentimental hace unos años, por ahora esta soltero, sin embargo, frecuentemente tiene citas y se siente atraído por otras chicas.

**Conductual:** El paciente manifiesta que realiza sus actividades la mayor parte sin dificultades, sin embargo, algunas acciones le han generado problemas, lo cual si se evidencia su malestar.

#### 4.2.2 Análisis funcional del caso

El paciente refiere que comenzó a consumir alcohol a los 17 años, desde entonces esa ha sido la sustancia primaria de consumo, sin embargo, al pasar del tiempo también consumió otras sustancias entre ellas marihuana y cocaína, el paciente mantenía un consumo por diversión ocasionalmente, pero este consumo se volvió más habitual hasta generarle algunas dificultades, pues tampoco ha recibido ningún tipo de tratamiento más antes, simplemente había días donde consumía más y otros menos, el paciente tiene en consideración que sus posibles recaídas se puedan originar debido a entorno social, amigos y conocidos con los que frecuenta fines de semana, ya que antes

de frecuentar con estas personas y estar en ese ambiente, su consumo era mínimo, posterior a eso las salidas a fiestas y el entorno en el que se encontraba mantenía este círculo vicioso, sin embargo, el paciente tiene algunos factores protectores entre los cuales es su familia que le motivan a no consumir, amigos no consumidores que le aconsejan, su religión que también de cierta manera le abstiene de consumir deliberadamente, mientras que en los factores de riesgo para el paciente esta como el mismo considera que son los amigos consumidores, los fines de semana, la música, historias o estados de sus contactos.

### **4.3 Resultados de la evaluación pre y post intervención**

Se han considerado dos espacios para la aplicación de los instrumentos, inicialmente se destinó una Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST), con el propósito de conocer el nivel y riesgo de consumo, además el tipo de sustancia empleada. Una vez concluida la aplicación, se dio paso a la aplicación de los pretest del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) y el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), los cuales poseen varios enunciados y escalas de calificación de acuerdo a la frecuencia del consumo de drogas, los mismos que se ejecutaron antes de iniciar el tratamiento terapéutico, de igual manera, se aplicó los mismos reactivos al finalizar las 9 sesiones y los post test de los inventarios se llevaron a cabo tras haber finalizado el proceso terapéutico.

#### **4.3.1 Evaluación pre y post test ASSIST**

Tal como se observa en la tabla 5, el paciente antes de ser sometido a la intervención psicoterapéutica reportada en los últimos 3 meses, obtuvo una puntuación en tabaco de 22, en el caso de alcohol un puntaje de 31, en el cannabis con un puntaje de 25 y finalmente en cocaína una puntuación de 2, para las siguientes sustancias existe un puntaje de 0, debido a que no existe consumo alguno, dando como resultado un nivel

de riesgo de consumo de alcohol alto, consumo de tabaco y cannabis existe un riesgo moderado y con la cocaína un riesgo bajo. Por otra parte, en la evaluación posttest, el paciente puntuó 2 con respecto al riesgo en el consumo de tabaco, 8 puntos en el consumo de alcohol, 3 puntos en el consumo de cannabis y 0 en las demás sustancias incluidas la cocaína que anteriormente presentaba un puntaje de 2, lo cual indica en la escala de ASSIST que su patrón actual de consumo presenta un riesgo muy bajo de experimentar problemas sobre su salud y de otra índole, debido a su consumo.

**Tabla 5**

**Evaluación pre y post test ASSIST**

| Test                                                               | Tipos de drogas     | Puntajes Pretest | Escala diagnóstica | Puntajes posttest | Escala diagnóstica |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Prueba de detección de consumo de alcohol y drogas (ASSIST)</b> | Tabacos             | 22               | Riesgo Moderado    | 2                 | Riesgo Bajo        |
|                                                                    | Bebidas Alcohólicas | 31               | Riesgo Alto        | 8                 | Riesgo Bajo        |
|                                                                    | Cannabis            | 25               | Riesgo Moderado    | 3                 | Riesgo Bajo        |
|                                                                    | Cocaína             | 2                | Riesgo Bajo        | 0                 | Riesgo Bajo        |
|                                                                    | Anfetaminas         | 0                | Riesgo Bajo        | 0                 | Riesgo Bajo        |
|                                                                    | Inhalantes          | 0                | Riesgo Bajo        | 0                 | Riesgo Bajo        |
|                                                                    | Tranquilizantes     | 0                | Riesgo Bajo        | 0                 | Riesgo Bajo        |
|                                                                    | Alucinógenos        | 0                | Riesgo Bajo        | 0                 | Riesgo Bajo        |
|                                                                    | Opiáceos            | 0                | Riesgo Bajo        | 0                 | Riesgo Bajo        |
|                                                                    | Otros               | 0                | Riesgo Bajo        | 0                 | Riesgo Bajo        |

#### 4.3.2 Evaluación pre y post ISCA

En la tabla 6, en el pretest se observa que las puntuaciones en las categorías de situaciones de consumo son elevadas, dentro del apartado de emociones desagradables se obtiene una puntuación de 66.6 %, lo que indica que el sujeto tiene un nivel elevado de riesgo de consumo en esta situación, no obstante, en el ítem del malestar físico refleja una puntuación medianamente elevada con un porcentaje del 46.6 %, igual que en la categoría de emociones desagradables se observa una puntuación de 60 % que

llega a un nivel de consumo que también está entre los niveles altos de riesgo. En lo que concierne, en el Post-test los resultados arrojados muestran una disminución significativa en los porcentajes de cada categoría ante las situaciones de consumo, por ello, se puede observar en la primera sección acerca de las emociones desagradables el consumo ha reducido a un porcentaje de 36.6%, de igual manera, existe una puntuación baja en el apartado de malestar físico con un porcentaje de 26.6%, lo que indica que el paciente ha logrado reducir el riesgo al consumo ante tal situación, asimismo, existe una disminución en el porcentaje de emociones agradables con un porcentaje de 33,3% de riesgo de consumo, mientras que riesgo en la necesidad o tentación de consumo con una puntuación del 30% el cual se encuentra dentro de las situaciones personales y muestra que el consumo si ha reducido notablemente. Por otra parte, en el apartado de conflicto con otros se visualiza un puntaje de 21,66% siendo un bajo riesgo de consumo, con respecto al apartado de presión social un porcentaje del 23,3% en donde hay una notable reducción del riesgo de consumo, finalmente, en el último ítem de momentos agradables con otros se observa una puntuación del 40% que indica que hay un riesgo inferior a la mitad del total del porcentaje, indicando que su consumo no es excesivo, pero es el porcentaje más alto en relación a los demás apartados.

**Tabla 6**

*Resultados pre y post ISCA*

| Situaciones de Consumo         | Pretest | Post-test |
|--------------------------------|---------|-----------|
| <b>Emociones Desagradables</b> | 66.6%   | 36.6%     |
| Malestar Físico                | 46.6%   | 26.6%     |
| Emociones Agradables           | 60%     | 33.3%     |

|                                     |       |       |
|-------------------------------------|-------|-------|
| Probando Autocontrol                | 56.6% | 26.6% |
| Necesidad o tentación de Consumo    | 50%   | 30%   |
| Conflicto con otros                 | 56.6% | 21.6% |
| <b>Presión Social</b>               | 60%   | 23.3% |
| <b>Momentos agradables con otro</b> | 76.6% | 40%   |

---

Nota. ISCA: Inventario situacional de consumo de alcohol.

#### 4.3.3 Evaluación pre y post ISCD

Como se observa en la tabla 7, los resultados del pretest, la categoría de emociones desagradables tiene una puntuación excesivamente elevada con un riesgo alto al consumo, donde el usuario es más propenso a presentar una recaída con una puntuación del 80%, con respecto al malestar físico, se mostró un puntaje del 43.3 % de riesgo para presentar una recaída, además, con una elevada puntuación de 66.6 % dentro de las emociones agradables, el sujeto puede volver a consumir ante estas situaciones, pero en la categoría probando el autocontrol hay un puntaje medianamente elevado del 40 % de riesgo.

Finalmente, en la comparación de los resultados del post-test hay un bajo puntaje en cada categoría, manifestando así, que el riesgo de consumo, ante cada situación puede ser una probabilidad baja de recaer. Con respecto a las emociones desagradables se observa un puntaje del 50% que significa una reducción de riesgo de consumo ante esta situación a comparación del pretest, de la misma manera en el apartado de malestar físico el puntaje se redujo a un 23.3%, lo que indica una notable disminución, en cuanto a las emociones agradables y probando el autocontrol se



visualizó un porcentaje del 26.6% que es relativamente bajo a comparación de otras situaciones de riesgo de consumo, de igual manera en el ítem de necesidad o tentación de consumo se ve una clara disminución de riesgo con un porcentaje del 27.7%, que da a lugar a una baja posibilidad de riesgo de volver a consumir ante esta situación, asimismo en la parte de conflicto con otros existe una puntuación del 28.57% que tampoco se considera elevado, en el apartado de presión social arrojó un porcentaje del 26.6% que se encuentra entre los más bajos de la tabla y que significa un bajo riesgo de consumo ante tal situación, finalmente en lo que concierne a la categoría de momentos agradables con otros se visualizó un porcentaje del 33.3% que de igual manera se nota la disminución de riesgo de consumo frente a esta situación.

**Tabla 7**

*Resultados pre y post ISCD*

| <b>Situaciones de Consumo</b>       | <b>Pretest</b> | <b>Post-test</b> |
|-------------------------------------|----------------|------------------|
| <b>Emociones Desagradables</b>      | 80%            | 50%              |
| Malestar Físico                     | 43.3%          | 23.3%            |
| <b>Emociones Agradables</b>         | 66.6%          | 26.6%            |
| Probando Autocontrol                | 40%            | 26.6%            |
| Necesidad o tentación de Consumo    | 55.5%          | 27.7%            |
| <b>Conflicto con otros</b>          | 64.28%         | 28.57%           |
| Presión Social                      | 53.3%          | 26.6%            |
| <b>Momentos agradables con otro</b> | 73.3%          | 33.3%            |

Nota. **ISCD:** Inventario situacional de consumo de drogas.

#### 4.4 Discusión

En este estudio de caso se propuso a evaluar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual como técnica terapéutica específica para la reducción de la sintomatología asociada a las recaídas por consumo problemático de alcohol y drogas. En el transcurso de las intervenciones se observó un avance significativo en el manejo de habilidades propuestas por la DBT. Los resultados muestran que las intervenciones de DBT tuvieron un impacto positivo y cuantificable en el desarrollo de las habilidades que se correlacionan con la reducción de las recaídas y el consumo problemático de alcohol y drogas.

Los hallazgos de este estudio son congruentes con investigaciones previas, respaldando la eficacia de la terapia dialéctica conductual en la disminución de recaídas, igual que en la disminución de consumo, mejora del bienestar emocional y calidad de vida del paciente, como en la revisión de Rodríguez & Cano (2016), que examinó estudios de la TDC con sustancias con problemas emocionales, carecían de control de impulsos, poca tolerancia a la frustración y deterioro en áreas importantes. Tras intervenir con capacitaciones y terapias en habilidades DBT, poco a poco a medida que los síntomas fueron disminuyendo, aumentaron las actividades de consumo alternativas y los estados emocionales pueden aceptarse y regularse mejor.

El estudio de Elices & Cordero (2011), también respalda a la presente investigación y a la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual, el estudio se llevó a cabo a través de un ensayo clínico aleatorizado, el cual arroja de igual manera resultados favorables tras su intervención, a pesar de no detallar sus intervenciones como es el caso de la presente investigación que tuvo como objetivo 9 sesiones entre las cuales están incluidas pre y posttest, demostrando datos favorables y cuantificables que concuerdan con anteriores investigaciones de gran similitud.

En el contexto de la población ecuatoriana, la evidencia sobre la efectividad de la TDC para el manejo de drogodependencias es muy limitada. Este estudio de caso, centrado en un estudiante universitario, ofrece una perspectiva valiosa al destacar lo beneficioso que puede llegar a ser la aplicación de esta terapia gracias a sus técnicas que, con evidencia y eficacia, puede ser eficaz incluso en la intervención de distintas poblaciones.

## Conclusiones

- En la evaluación pretest de la prueba Assist se encontró que el paciente presentaba riesgo en la escala entre moderado y alto en el consumo de algunas sustancias primarias y secundarias, sin embargo, la disminución de riesgo de consumo posterior al tratamiento es evidente fijándonos en el posttest resulta ser de riesgo bajo. Para el inventario de situaciones de consumo de drogas ISCD en el pretest el promedio de riesgo a recaer frente a las diferentes situaciones es del 59,54%, sin embargo, al concluir el tratamiento el promedio de riesgo está muy por debajo de la mitad con un total de 30,37% de riesgo a recaer. Finalmente, en el inventario de situaciones de consumo de alcohol ISCA en el pretest el promedio de riesgo a recaer frente a diferentes situaciones es del 59,13%, no obstante, al concluir el tratamiento el promedio de riesgo igualmente se muestra mínimo con un porcentaje total del 29,79%, para lo cual podemos corroborar la disminución de riesgo de consumo en diferentes circunstancias como en situaciones
- Se determinó que los factores que más porcentaje mostraron en las recaídas fueron: los momentos agradables con otros y las emociones desagradables, los más influyentes, es decir, que la persona tiende a ser más emocional, experimenta las emociones de manera más sensible e intensa que otros, por lo que ha presentado dificultades con el consumo.
- Al comparar el pre y el posttest en la prueba de detección del consumo de alcohol y drogas, se logró disminuir el riesgo de consumo, mostrado al final del tratamiento un porcentaje significativo de bajo riesgo en el consumo de alcohol y otras drogas. Por otra parte, respecto a los factores que inducen a

recaídas, se logró disminuir en todas las dimensiones el riesgo de recaídas, y especialmente en los factores que al inicio del tratamiento mostraron mayor frecuencia.

### **Recomendaciones**

- Dado el éxito que mostró la terapia dialéctica conductual en el caso intervenido, se debería sugerir su utilización en la terapia psicológica individual, tanto en centros de salud mental públicos como privados.
- Los resultados reportados en esta investigación abren una línea de investigación más amplia que podría mostrar la terapia dialéctica conductual abordando otros problemas relacionados con la salud mental, individual y grupal, en centros residenciales y ambulatorios.
- Dada la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en la reducción de riesgo de recaídas de consumo de alcohol y drogas, se sugiere considerar la integración de intervenciones basadas en la TDC en otros entornos clínicos y terapéuticos, especialmente para el tratamiento drogodependencia y afines. La implementación progresiva del plan terapéutico demostró ser efectivo en el presente estudio, por lo que es fundamental personalizar los planes terapéuticos según las necesidades individuales de los pacientes. La adaptación de las intervenciones de la TDC puede optimizar la efectividad de la terapia.
- Considerando la eficacia de la TDC, es importante proporcionar formación en ella a profesionales de salud mental. Esto ayudaría y mejoraría las

intervenciones y técnicas terapéuticas en entornos clínicos y garantizar un tratamiento más óptimo e integral para las personas.

## BIBLIOGRAFIA

Asociación Médica Mundial. (2019). *WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Wma.net; WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Becoña, E. (2017, July 26). *Vías de administración de las sustancias*. Tratamiento Adicciones Y Alcoholismo Madrid. <https://www.ctmadrid-adicciones.com/vias-de-administracion-de-las-sustancias/#:~:text=%E2%80%9CLas%20drogas%20se%20pueden%20tomar>

BINASSS. (2019). A. *¿Qué son las drogas? Consumo de drogas legales e ilegales*. Manual de Contenidos. <https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/Consumo%20de%20drogas.pdf>

Cano, C. (2021). Eficacia de la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. *Revista Científica Ciencias de La Salud*, 3(2), 126–135. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/03.02.2021.126>

CARLA ÁLVAREZ. (2019). *Debut y despedida: la historia de la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas de Ecuador*. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/quito/15564.pdf>

CATC. (n.d.). *Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos*. Www.catc.com.ar. Retrieved June 14, 2023, from <https://www.catc.com.ar/terapia-dialectico-conductual-dbt.html>

De la Vega-Rodríguez, I., & Sánchez-Quintero, S. (2013). *Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in*

borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1).  
<https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>

Duran, M. (2020). *Incidencia y tipo de droga que se consume en Lima Metropolitana, durante los meses de agosto a diciembre 2020*.  
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/19683>

García, A., & Navarro, V. (2016). *Terapia dialéctica comportamental*.

Garzón, W. (2019). *Las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) – Retos forenses*.  
<https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/32044>

Lydia, D., Torres, B., Flores, L., Dra., M., Morales, C., Lic., J., González Vázquez, M., María, J., Martínez, R., Dr., H., Ayala Velázquez, Responsable, I., Lucy, D., & Reidl Martínez, M. (2020). *PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS PARA USUARIOS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS ADICTIVAS: MANUAL MATERIAL DIDÁCTICO*.  
<https://www.issup.net/files/2020-02/MANUAL%20PSC%20MATERIAL%20DID%20CTICO.pdf>

Mainardi, J. (n.d.). *DBT Habilidades del modelo terapéutico dialéctico conductual*.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (n.d.). *MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA 24*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Modelo-de-Salud-Mental-con-firmas-y-acuerdo.pdf>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2015). *Lineamientos Operativos para la implementación del Programa Terapéutico del Centro Especializado para el Tratamiento del Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas*.

Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, (2016).

Moriana, J. A., & Gálvez-Lara, M. (2020). *PSICOTERAPIAS Y PSEUDOTERAPIAS EN BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. LA*



CIENCIA Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. *Papeles Del Psicólogo*, 41(3), 201–210. <https://www.redalyc.org/journal/778/77865632007/html/>

Naranjo, S., Meriño, Y., & Soler, J. (2021). *El consumo de drogas en la adolescencia*.

OECD, & Bank, T. W. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. In *Google Books*. OECD Publishing. [https://books.google.com.ec/books?id=UZDrDwAAQBAJ&pg=PA116&lpg=PA116&dq=La+prevalencia+del+consumo+de+cannabis+es+significativamente+mayor+en+Chile+y+Jamaica+\(15%25\)](https://books.google.com.ec/books?id=UZDrDwAAQBAJ&pg=PA116&lpg=PA116&dq=La+prevalencia+del+consumo+de+cannabis+es+significativamente+mayor+en+Chile+y+Jamaica+(15%25))

OMS. (2010). *el tratamiento y la atención de la drogodependencia La visión Programa conjunto UNODC/OMS sobre*. [https://www.unodc.org/docs/treatment/unodc\\_who\\_programme\\_brochure\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/unodc_who_programme_brochure_spanish.pdf)

OPS. (n.d.). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. [Www.paho.org](http://www.paho.org). Retrieved September 21, 2023, from <https://www.paho.org/es/documentos/prueba-deteccion-consumo-alcohol-tabaco-sustancias-assist-manual-para-uso-atencion>

OPS. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América*. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia\\_drogas\\_web.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf)

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. (2019). *Ecuador MECANISMO DE EVALUACIÓN MULTILATERAL (MEM) COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS (CICAD) SECRETARÍA DE SEGURIDAD MULTIDIMENSIONAL (SSM)*. [http://www.cicad.oas.org/mem/reports/7/Full\\_Eval/Ecuador-7thRd-ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/mem/reports/7/Full_Eval/Ecuador-7thRd-ESP.pdf)

Pascual Llobell, & María Dolores. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *REDALYC*, 25.

Rodríguez-Barros, G. A., Gómez-De-La-Torre-Jarrin, G. L., & Alarcón-Vélez, R. A. (2022). Estudio de la regulación del consumo de drogas y estupefacientes en la legislación ecuatoriana. *CIENCIAMATRIA*, 8(2), 242–273.  
<https://doi.org/10.35381/cm.v8i2.708>

Silva Paredes, C. R. (2022). ESTRATEGIAS DE TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: UNA PROPUESTA TEÓRICA. *Revista de Investigación Talentos*, 9(2), 84–100.  
<https://doi.org/10.33789/talentos.9.2.172>

Toala, E. (2017). *REPÚBLICA DEL ECUADOR INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES LA UNIVERSIDAD DE POSGRADO DEL ESTADO Trabajo de Titulación para obtener la Maestría de Investigación en Políticas Públicas para la prevención Integral de Drogas Centro de Seguridad y Defensa*.  
<https://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/handle/24000/6181/TRABAJO%20DE%20TITULACION%20EDITH%20TOALA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

UNODC. (2018). *RESUMEN, CONCLUSIONES Y CONSECUENCIAS EN MATERIA DE POLÍTICAS*. UNODC.ORG.  
[https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)

Albarrán, S., Alva, P., Correa, M., De la Cruz, E., & Ramírez, T. (2020). El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *JOURNAL of NEUROSCIENCE and PUBLIC HEALTH*, 1(1), 5–11. <https://doi.org/10.46363/jnph.v1i1.1>

Bahamon, D. (2020). *CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LAS RECAÍDAS EN HOMBRES*

QUE SE ENCUENTRAN EN TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN EN LA  
CIUDAD DE BOGOTÁ. [http://uniminuto-  
dspace.scimago.es/bitstream/10656/12204/1/T.P\\_BahamonDorys\\_2020.pdf](http://uniminuto-dspace.scimago.es/bitstream/10656/12204/1/T.P_BahamonDorys_2020.pdf)

Boggiano, J., & Gagliesi, P. (2020). *Terapia dialéctico conductual introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*.  
[https://www.intercontext.org/wp-content/uploads/2022/04/DBT-BOGGIANO-  
Y-GAGLIESI.pdf](https://www.intercontext.org/wp-content/uploads/2022/04/DBT-BOGGIANO-Y-GAGLIESI.pdf)

De la Vega-Rodríguez, I., & Sánchez-Quintero, S. (2019). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1).  
<https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>

Domínguez, D. (2021). *Trastornos de personalidad, estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana*.  
[https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/26441/T055\\_46878472\\_T  
ESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/26441/T055_46878472_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Gatticelli, F. (2021). *Abordaje terapéutico de una paciente con trastorno límite de personalidad basado en un tratamiento dialéctico comportamental* (p. 18).  
[http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2351/Gatticelli%2C%  
20Florenzia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2351/Gatticelli%2C%20Florenzia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Guasco-Pérez, L. (2020). Terapia dialéctica Conductual (TDC): Tolerancia al Dolor Emocional. *Vida Científica Boletín Científico de La Escuela Preparatoria* No. 4, 8(16), 15–20.  
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa4/article/view/6124/7370>

Guerrero, R. (2020). *Adicción a Cocaína: Estudio del Receptor Dopaminérgico D3 (D3R) como Posible Diana Farmacológica en la Prevención de las Recaídas en su Consumo*.  
[https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/95385/1/03\\_Rocio%20Guerrero%20Bautista.pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/95385/1/03_Rocio%20Guerrero%20Bautista.pdf)

Lavilla, M. (2019, February 25). *Características de la terapia dialéctica conductual - TLP tratamientos*. TLP Tratamientos.  
<https://tlptratamientos.com/blog/caracteristicas-de-la-terapia-dialectica-conductual/>

Martínez, H., Rodríguez, A., & Víneces, G. (2019). FACTORES ASOCIADOS EN LA ADICCIÓN Y RECAÍDA DE PACIENTES CON CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES. *Universidad Ciencia Y Tecnología*, 23(93), 8–8.  
<https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/148/145>

Osuna Fuentes, J. M. (2005). Drogas: ¿un fenómeno en evolución? *Carel: Carmona: Revista de Estudios Locales*, 3, 1269–1291.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2328625>

Palacios, A. (2021). *MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA MINDFULNESS EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-COMPORTAMENTAL*. [https://campus-estudiosparalapaz.org/wp-content/uploads/2021/02/Mindfulness-en-la-DBT\\_compressed.pdf](https://campus-estudiosparalapaz.org/wp-content/uploads/2021/02/Mindfulness-en-la-DBT_compressed.pdf)

Palafox, C. (2021, July 22). *Validación y aceptación en terapia desde la DBT*. Psicoflix. <https://psicoflix.com/validacion-y-aceptacion-en-terapia-desde-la-dbt-con-carla-palafox-episodio-119/#:~:text=Dentro%20de%20la%20DBT%20la>

Piorno, V. (2022). “*INTRODUCCION al mindfulness - distintos modelos contextuales conductuales.*” “*entrenamiento en habilidades clínicas*” (p. 2) [TESIS].

Reyes, M. (2023). Utilidad de la terapia dialéctica conductual abreviada para dificultades de regulación emocional en estudiantes mexicanos: Casos clínicos. *REVISTA de PSICOPATOLOGÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA*, 28. <https://doi.org/10.5944/rppc.33704>

Rivadeneira-Díaz, Y., Cajas-Sigüencia, T., Viejó-Mora, I., & Quinto-Saritama, E. (2020). Adicciones a Sustancias y Comportamentales en la Ciudad de Loja. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 4(6), 20–29. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol4iss6.2020pp20-29p>

Sánchez, S. (2019). *Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad desde la Terapia Dialéctica Conductual (DBT)*.

Santamaría, E. A., & Redondo, P. M. (2019). Mujeres y drogas: Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género. In *Google Books*. Universidad de Deusto. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=\\_ZmQDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=prevencion+en+las+recaidas+adicciones&ots=YeKs4AvJQq&sig=xdHYKcqZJ\\_pM63yHRbPtDFTaJAw#v=onepage&q=prevencion%20en%20las%20recaidas%20adicciones&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=_ZmQDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=prevencion+en+las+recaidas+adicciones&ots=YeKs4AvJQq&sig=xdHYKcqZJ_pM63yHRbPtDFTaJAw#v=onepage&q=prevencion%20en%20las%20recaidas%20adicciones&f=false)

Soler Ribaudi, J., Elices, M., & Carmona, C. (2019). Terapia dialéctica conductual: Aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis Y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 35–49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5521294>

Vásquez-Dextre, E. R. (2019). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42–51.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006)

Vaughn, S. (2019). *Historia de la terapia dialéctica comportamental (DBT) | PDF | terapia de conducta cognitiva | trastorno límite de la personalidad*. Scribd. <https://es.scribd.com/document/517422445/Historia-de-la-Terapia-Dialectica-Comportamental-DBT>