



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL

DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

TEMA:

**CONDUCTA ADICTIVA Y SU REPERCUSIÓN EN LA INTEGRACIÓN
SOCIAL EN UNA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD**

AUTORA:

SRTA. LEONELA NARCISA PALACIOS VILLAVICENCIO

TUTORA:

DRA. GINA ESMERALDA BELTRÁN BAQUERIZO. MGS. TF.

BABAHOYO

Enero 2020



RESUMEN

En el presente estudio de caso realizado en el centro de privación de libertad en la ciudad de Quevedo se busca identificar las conductas adictivas y como estas influían en una reintegración social para un PPL, así como se obtiene información y aplicaciones de técnicas psicológicas, como la observación, historias clínicas, una batería de test psicológicos, dando como resultado el diagnóstico basado en criterios del manual CIE-10, de forma que se describe cómo estos comportamientos intervenían para una mejor vida emocional y social del sujeto. Se llevó a cabo un esquema terapéutico basado en terapia cognitiva conductual a la medida del problema.

Palabras claves: reintegración, adicciones, conducta, batería

Abstract

In the present case study carried out in the center of deprivation of liberty in the city of Quevedo, we seek to identify addictive behaviors and how they influenced a social reintegration for a PPL, as well as obtaining information and applications of psychological techniques, such as observation, medical records, a battery of psychological tests, resulting in the diagnosis based on criteria in the ICD-10 manual, so that it describes how these behaviors intervened for a better emotional and social life of the subject. A therapeutic scheme based on cognitive behavioral therapy was tailored to the problem.

Keywords: reintegration, addictions, behavior, batter

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO	3
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVO GENERAL.....	¡Error! Marcador no definido.
SUSTENTO TEÓRICO.....	5
CONDUCTAS ADICTIVAS.....	5
Definición	5
Características.....	5
Etiología de las conductas adictivas.....	6
Tipos de conductas adictivas.....	7
INTEGRACIÓN SOCIAL.....	8
Definición	8
Integración social con relación a conductas adictivas y la Psicoterapia	9
TECNICAS UTILIZADAS	11
HISTORIA CLÍNICA.....	11
OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA.....	11
CUESTIONARIO SALAMANCA.....	12
TEST DE DEPRESIÓN DE BECK.....	12
TEST ANSIEDAD DE HAMILTON.....	13
RESULTADOS OBTENIDOS	13
Situaciones detectadas.....	16
Durante las sesiones encontramos los siguientes hallazgos:.....	16
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFIA	23

INTRODUCCIÓN.

El presente estudio de caso trata sobre las conductas adictivas y como estas pueden repercutir en la integración social de una persona privada de la libertad, cabe recalcar que las conductas adictivas son una de las características principales que presentan las personas antisociales, se menciona que las conductas adictivas no solo puede ser marihuana, cocaína o el tabaco. también se considera el alcohol parte de estas conductas.

De acuerdo a las líneas de investigación de la carrera de psicología clínica de la universidad técnica de Babahoyo se enmarca en la línea de investigación correspondiente a asesoramiento psicológico, dentro de ella se cuenta con las sub-líneas de asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional, lo cual permite guiar al paciente de una manera sistemática y organizada para resultados favorables en el individuo.

Conducta adictiva es la actividad compulsiva y la implicación excesiva en una actividad específica. Puede ser el juego o puede referirse al uso de casi cualquier sustancia, como una droga. Así mismo puede causar dependencia psicológica o bien dependencia psicológica y física, las conductas adictivas pueden llegar a esconderse bajo una aparente afición a la que se dedica mucho tiempo o en un consumo excesivo que se justifica porque muchas veces forma parte del entorno en el que se rodea el individuo, conductas que son vistas con normalidad.

Para el cumplimiento del objetivo planteado se utilizó diferentes técnicas para la obtención de información que sea válida y pertinente para un correcto diagnóstico la cual se lo realizó de acuerdo a la respectiva evaluación psicológica y las distintas técnicas como la entrevista estructurada, ficha de observación, reactivos psicológicos, como fueron: Inventario de Depresión de Beck, Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario Salamanca.

De los resultados obtenidos de las herramientas de valoración psicodiagnóstico se pudo establecer que el individuo presentaba un problemática con el consumo de alcohol al

igual refleja un grado de ansiedad moderada , se considera que estas dos circunstancias están interfiriendo en sus relaciones sociales , es así que en base a estos resultados se recomendó realizar un esquema terapéutico de corte cognitivo conductual para ayudar a reducir niveles de ansiedad mediante las técnicas de relajación, aumentar habilidades de interacción social, los cuales se ejecutaron con el paciente en las respectivas sesiones.

El documento presente está distribuido en las páginas subsiguientes: justificación, objetivo general, sustento teórico, técnicas aplicadas para la recolección de información, resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones, para finalmente terminar con bibliografía y anexos.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso se lo ha realizado con la finalidad conocer cómo influye las conductas adictivas en la integración social de una persona privada de la libertad, y así identificar cuáles son las características que poseen estas personas y a su vez conocer cuáles son las problemáticas que se suman, ya que considerando que se encuentra en el ámbito carcelario esta citación puede traer otro tipo de problemáticas adicionales las mismas que pueden ser entes reforzadores .Se considera que es factible la realización de este estudio por el tiempo y la disponibilidad del paciente, la colaboración con las terapias respectivas y a su vez el centro de rehabilitación social de la ciudad de Quevedo brindó el espacio adecuado para la atención psicológica, dando un lugar privado, cómodo y adecuado.

El principal beneficiario fue un persona privado de libertad (PPL), señor de 36 años de edad, atendido dentro del área que facilitó el centro de rehabilitación social (CRS), y a su vez también será beneficioso para sus compañeros ya que muchos de ellos presentan situaciones similares, por otro lado ayudara a su familia a entender las distintas situaciones que atraviesan estas personas y comprender de mejor manera las problemáticas que están padeciendo. De igual modo recibió atención psicológica oportuna, gracias a esto se pudo trabajar con el PPL en consultas psicológicas ayudando a mejorar su comportamiento adictivo, mediante un control en sus impulsos.

El presente estudio de caso espero que ayude como fuente de inspiración para profundizar dichas problemáticas ya que es muy importante e interesante saber las situaciones que presentan dichas personas y patologías que se pueden ir desarrollando o reforzando en el ámbito carcelario y a su vez sirva en su vida profesional así como me sirvió a mi como futura psicóloga clínica a reconocer diversos comportamientos que pueden desarrollar las personas al ingresar a un centro de rehabilitación para personas privadas de libertad y como afecta su salud mental, lo cual permite seguir investigando y tratar de dar posibles soluciones a dichos comportamientos.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar la conducta adictiva de una persona privada de la libertad y su influencia en la integración social.

SUSTENTO TEÓRICO.

CONDUCTAS ADICTIVAS

Definición

Las conductas adictivas no sólo pueden ser el acto de consumir alguna sustancia, sino también cualquier acción exagerada que genere una adicción que conlleve a perjudicar la vida social de un sujeto, así mismo se considera que es adictiva una conducta cuando aun sabiendo el daño que nos genera la seguimos realizando (Echeburúa & Corral, 2010).

Es también un:

Comportamiento que provoca la necesidad de ser repetido, a pesar de ser consciente del auto daño tanto físico como psíquico a nivel personal, o así mismo a terceros. Usualmente el individuo no es consciente de la enfermedad, debido a que las acciones adictivas aparecen como hábitos inofensivos del quehacer diario, pero pueden llegar a ser dañinos, tanto del individuo afectado como a nivel familiar, social, escolar y de salud sin que el sujeto con la patología sea consciente del origen de la molestia (Echeburúa & Corral, 2010).

Características.

Las conductas adictivas se determinan por dos principales conductas: pérdida total de control y dependencia de la misma, cabe recalcar que todas estas conductas son controladas al principio por reforzadores positivos (el placer que genera esta conducta), pero al final terminan siendo manejadas por reforzadores negativos (alivios a las tensiones emocionales), como por ejemplo, hay una vasta diferenciación entre una persona que roba para poder generar ingresos, a una persona

lo hace solo para aliviar una tensión emocional sin búsqueda de algún otro fin (Echeburúa & Corral, 2010).

Otra característica que se toma en cuenta, que al igual que en las adicciones generadas por sustancias químicas, es que este tipo de personas entran en cuadro llamado síndrome de abstinencia, al momento en que no pueden realizar la conducta adictiva, y es ahí donde se ve la aparición de síntomas de malestar en el estado emocional como; insomnio, irritabilidad, inquietud psicomotriz y estado de ánimo disfórico (Echeburúa & Corral, 2010).

De la misma manera que ocurre con la droga, normalmente un adicto no se considera como tal, por lo general tiene que experimentar situaciones negativas o factores como, por ejemplo; trastornos de conductas, mentiras reiteradas, fracaso escolar, problemas económicos, presión familiar o aislamiento con la sociedad para tomar en cuenta la presencia de la patología, pero por lo regular son los padres u otros familiares quienes consultan por el problema. (Echeburúa & Corral, 2010).

Etiología de las conductas adictivas.

Constantemente se limita la etiología a factores individuales, hereditarios, escolares, y familiares, como por ejemplo en ocasiones un individuo que busca llamar la atención de sus padres puede ser conllevado a realizar acciones indebidas y estafalarias influyendo de gran manera a desarrollar la enfermedad, pero cabe tener en cuenta que el factor social es el que tendrá mayor incidencia en el desarrollo de la conducta adictiva (Garciga, 2013).

Hay que tener en cuenta que, aunque en el origen intervengan los factores previamente mencionados, esto ocurre por un fallo recurrente en los mecanismos de autocontrol de la conducta y la realización de la conducta a pesar de que el individuo tenga presente las consecuencias negativas, incluso aunque este tenga presente el grado de gravedad que provoque la conducta adictiva (Pedrero E., Rojo G., Ruiz J., Llanero M. & Puerta C., 2011).

Tipos de conductas adictivas.

Según Fernández & López (2010) no se puede definir una clasificación exacta de este tipo de adicciones, ya que hay muchas acciones que pueden generar alivio emocional y volverse adictivas. Sin embargo desde el enfoque clínico, se hacen presente ciertas conductas como; ludopatía que es la adicción sin drogas más frecuente en nuestra sociedad, la que hoy en día genera una mayor demanda terapéutica, también está presente la adicción al trabajo que se caracteriza por una implicación progresiva, excesiva y desadaptada a la actividad laboral, con una pérdida de control respecto a los límites de trabajo y una inferencia negativa en la vida cotidiana, también tenemos la adicción a internet que supone una pauta de uso anómala, excesiva y desadaptativa, que va más allá de la reacción normal en muchos nuevos usuarios: una dedicación intensiva de tiempo como consecuencia de la fascinación inicial.

Así como también la adicción a las compras que aparece como un impulso incontrolable para adquirir objetos inútiles o superfluos. La gratificación deriva, más que la utilidad de los productos, del proceso de compra y la adicción a robar (cleptomanía) está relacionado al control de los impulsos, muy semejante a lo que es adicción de compras o así mismo a juegos, pues la persona con cleptomanía no resiste el impulso a hurtar objetos innecesarios o de poco valor económico (Muñoz & Marín, 2017).

Los síntomas de estas conductas son básicamente similares a los generados por las drogodependencias. Estar enganchado a la red, por ejemplo, puede actuar como un estimulante que produce cambios fisiológicos en el cerebro, en todas ellas el aspecto definitorio fundamental no es tanto la frecuencia con que se realizan que, por otra parte, es habitualmente alta, si no la pérdida de control por parte del sujeto y el establecimiento de una relación de dependencia (Fernández & López, 2010).

INTEGRACIÓN SOCIAL

Definición

La integración social se define como un sistema donde se busca cambios o modificar en los privados de libertad conductas que contradigan la normativa legal para vivir en sociedad, lo que implica como debe ser el sujeto en el entorno para poder relacionarse con sus pares sin causar molestias tanto a él como a los que lo rodean (Ahumada & Grandón, 2015).

Podemos decir que la integración social es multidimensional y conlleva aspectos tanto cognitivos como conductuales, en cuanto el aspecto cognitivo se refiere a la medida en la que el individuo siente que forma parte de una comunidad (Herrero J., Graci E., Fuente A. & Lila M., 2012).

En cuanto al aspecto conductual, hace referencia al número de actividades sociales y contacto social que tiene el individuo, es decir a mayor actividad social tendrá mejor maleabilidad o adaptación al relacionarse con su entorno social, en contraparte si no hay un acercamiento social por parte del individuo no podrá generar mecanismos de adaptación para establecerse en un medio diferente (Herrero J., Graci E., Fuente A. & Lila M., 2012).

La integración social en las personas privadas de libertad.

Se identifica una preocupación creciente ya sea esta por motivos economicista, utilitarista o humanitaria, por implementar programas de integración social para favorecer la integración de las personas privadas de libertad, cabe mencionar que es

imperativo delimitar el concepto de integración social para profundizar los programas más efectivos para las personas privadas de libertad (Espinoza, 2016).

Se menciona que hay que evaluar tres aspectos; como valórico, que hace mención a la necesidad de integrar y aceptar en la sociedad libre de aquellas personas que infringieron la ley, en cuanto al aspecto práctico, enfocándose en la prestación de servicios durante el proceso de reintegración a la comunidad, y por último el aspecto dinámico bidireccional, en el cual las personas privadas de libertad regresan a la sociedad cumpliendo con su condena y el conglomerado número de instituciones participa para facilitar dicho proceso (Espinoza, 2016).

Cabe tener en cuenta dos elementos que inciden en las acepciones de reintegración analizadas, la primera es la idea de re-vinculación del individuo sentenciado por la justicia legal, a las instituciones públicas y privadas de control social; así como la necesidad imperiosa de fortalecer su capital social (Espinoza, 2016).

El segundo elemento que incide en el proceso de reintegración social para las personas privadas de libertad, es el rol activo que debe realizar las personas que participan en el proceso de integración social, dado que su predisposición a participar de manera activa denota el cambio que estaría experimentando (Espinoza, 2016).

Otro criterio a tomar en cuenta es la estructuración de los programas de integración social, si bien se ha recomendado que engloban los elementos previamente planteados, también tienen que tomar en consideración el diagnóstico del perfil de la población penal, para que responda efectivamente a las necesidades del público que va a ser abordado (Espinoza, 2016).

Integración social con relación a conductas adictivas y la Psicoterapia

Calvo (2007) afirma: “Es imperativo que el proceso terapéutico sea el adecuado para cualquier persona con conductas adictivas, debe ser constituido por atención

continua que contemple actividades como; asistenciales, entendida como el diagnóstico, la deshabitación y por supuesto la atención social”

Teniendo como finalidad normalizar la interacción en su entorno familiar, social y laboral, o también la incorporación del individuo en estos ámbitos, para realización del proceso terapéutico, es necesario la acción de manera coordinada de todos los recursos de una red de atención, buscando que las intervenciones sean transversales y el trabajo multidisciplinario de los distintos profesionales puedan complementarse en beneficio al individuo con conductas adictivas (Calvo, 2007).

Por ende, para trabajar con un trastorno de conductas adictivas es necesario utilizar el modelo cognitivo- conductual, debido que en el área de psicoterapia se muestran las técnicas efectivas para los pensamientos de impulsividad del individuo, enfocándose en las diversas problemáticas tales como biopsicosociales, es así que se toma en consideración la terapia cognitiva conductual funcional o práctica, en base a investigaciones que se han realizado se ha obtenido resultados positivos como tratamiento (Burgos, 2018).

De esta manera se busca estimular los procesos cognitivos del individuo para que pueda alterar los esquemas dentro de sus pensamientos desordenados y pueda dar una visión más realista de sí mismo y del mundo que lo rodea interpretándolo adaptativamente, ya que la principal idea del modelo de Aarón Beck es que los seres humanos sufrimos por la interpretación que tenemos a partir de sucesos, mas no por los mismos sucesos (Burgos, 2018).

TECNICAS UTILIZADAS

Las técnicas que se consideraron para obtener información se presentan a continuación:

HISTORIA CLÍNICA

Esta técnica que se aplicó con el propósito de obtener antecedentes personales en sus diversas esferas emocionales, orgánico, familiares, sociales, laborales, para poder conocer si en el pasado de su vida presentó alguna alteración emocional o mental y si en la actualidad está siendo afectado, también descifra y explica lo que nos interesa para el debido caso del trastorno, es decir cómo nos ayuda para así llegar a un juicio clínico psicológico.

OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA.

Se aplicó esta técnica como objetivo en observar conductas verbales o corporales de la persona mientras se desarrolla la sesión psicológica, se obtiene también información a través de la aplicación de test psicológicos lo que permite hacer hipótesis y verificarlas mediante resultados que vamos obteniendo.

CUESTIONARIO SALAMANCA.

Cuestionario de Salamanca elaborado por Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, María Esperanza Gómez Gazol versión (2007), con la finalidad de medir y detectar enfermedad en individuos sin síntomas de tal enfermedad, así mismo se evalúan los rasgos/trastornos de personalidad en el contexto clínico. Sigue los criterios internacionales de diagnóstico (DSM- IV y CIE.10) es sencilla e implica un tiempo breve de ejecución de 10 minutos máximo. Es una herramienta de detección de 11 trastornos de la personalidad a través de 22 ítems.

Si los datos se encuentran entre 0-2 se puede decir que estos son normales dentro de una persona

Si nos refleja en los resultados entre 3-4 puede ser la respuesta al ítem a “siempre “o la sumatoria de “con frecuencia” y a veces” podría ser una iniciativa de una patología de la personalidad.

Así mismo si los resultados del test se encuentran entre 5-6 es necesario que acuda a tratamiento psicológico porque ya sería considerado una patología.

TEST DE DEPRESIÓN DE BECK.

El test de depresión de Aarón T. Beck, elaborado en su primera versión en 1991, y actualizado en 1996, permite detectar depresión y gravedad en un cuestionario en donde se realizan 21 preguntas con ítems, los cuales tienen una puntuación de cero a trece que indica depresión mínima, de 14-19 depresión leve, de 20-28 depresión moderada, de 29-63 depresión grave.

TEST ANSIEDAD DE HAMILTON.

La “Escala de ansiedad de Hamilton” fue creada en 1959. Es un cuestionario de 14 ítems, en donde 13 de estos se refieren a signos y síntomas de ansiedad que se encuentre presentando el sujeto, y el último ítem sirve para evaluar qué tipo de comportamiento presentó el paciente durante la entrevista. Fue utilizado con la finalidad de valorar la presencia o grado de ansiedad que presenta el paciente. Los rangos de calificación son los siguientes:

0-4 ausencia de ansiedad

5-14 ansiedad leve

15+ ansiedad moderada grave.

TEST AUDIT & CAGE

AUDIT: desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, en 1982 como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol. Su objetivo era la detección temprana de personas con problemas de alcohol.

CAGE: Inicialmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968, para detectar bebedores rutinarios, y puede ser agregado en historia clínicas rutinarias ya que su mayor ventaja es la brevedad.

Se aplicó al paciente los test que sirven para medir criterios muy rigurosos para detectar con bastante exactitud cualquier conducta de riesgo respecto al consumo de alcohol y para prevenirnos o alertarnos sobre una posible dependencia del alcohol. La puntuación oscila entre 0 a 40 puntos como máximo, si la puntuación es mayor de 8, puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con el alcohol.

RESULTADOS OBTENIDOS

“Pedro” paciente de 36 años de edad residente del centro de privación de libertad de Quevedo en donde, se le sentenció a dos años de privación de libertad por delito de robo, ya había tenido más detenciones, supo mencionar que en el año 2015 fue su primera detención de 1 año por robo, en el 2017 estuvo detenido 8 meses por el mismo acto delictivo

, en el 2018 sentenciado a 9 meses por hurto a centro comercial, y en el 2019 detenido dos veces, las dos por robo, con una sentencia de 1 año 9 meses. El procede de una familia de origen nuclear compuesta por padre y madre y dos hijos, siendo el paciente identificado el segundo, sus padres se separaron cuando él tenía quince años de edad. Estuvo en unión libre cuando estaba en libertad, pero cuando ingresó al centro penitenciario la mujer terminó la relación, no tiene hijos, culminó sus estudios de secundaria, nació el 07 de mayo de 1983 en el barrio nueva Babahoyo, se acercó al departamento Psicológico para solicitar atención, donde fueron efectuadas cinco sesiones:

Primera sesión. El 19 de noviembre del 2019 desde las 09:00 hasta las 10:00 de la mañana se procedió a establecer rapport para efectuar un acercamiento empático con la finalidad de borrar algún prejuicio que tenga el paciente con respecto a la intervención psicológica, se tomó nota de los datos de información básica del paciente como nombres, edad, fecha de nacimiento, instrucción y religión, así como también el motivo de consulta donde el paciente relata *“me siento muy frustrado aquí adentro, agobiado, de ver que quiero hacer las cosas bien afuera, trabajar en un lugar agradable y tener ingresos que me ayuden a obtener dinero de manera honesta. Pero cuando me brindan apoyo en algún empleo terminan arruinándolo todo, por mis deseos involuntarios que siento de llevarme cosas o dinero. No quiero seguir haciendo esas cosas porque ya he estado otras veces en centros de privación de libertad y no es agradable estar aquí. Cree usted que me pueda ayudar a ser mejor persona, porque no quisiera terminar mis días aquí dentro”*.

Aparte de la historia de la problemática actual donde el paciente manifiesta inconformidad de estar encerrado, es algo que ya lo ha pasado anteriormente, pero ya no quiere seguir así, afirma que todo lo que le está pasando en lugar de llamar la atención de su familia, lo ha distanciado y de una u otra manera lo hacen sentir excluido de ellos.

Dentro de su historia personal manifiesta que durante el parto de su madre fue con toda normalidad, no hubo ninguna complicación, en su infancia fue un niño tranquilo, pero siempre le costaba hacer amigos, comenzó a caminar al año y medio, así también empezó hablar al llegar a los 3 años, con respecto a su escolaridad durante este

período menciona no tener problemas con sus compañeros, su desempeño académico era bueno, así mismo tenía una buena relación con sus profesores.

En cuanto a su adolescencia menciona que su interacción con sus semejantes comenzaba a ser de manera extrovertida y trataba de llamar la atención de sus padres, este comportamiento se da durante el período de separación de sus padres y por este motivo él reconoce que realizaba estas acciones para que se interesen por él y sus padres regresen. A pesar de tener buena relación con los padres, poco a poco su vínculo se fue deteriorando provocada por su conducta en ese entonces. Una vez terminada la recogida de datos se procedió a aplicar terapia de relajación, jerarquía de preocupación y prevención de pensamientos intrusivos.

Segunda sesión. Fue aplicada el 28 de noviembre del 2019, desde las 10:00 a las 10:50 de la mañana se continuó trabajando con los ítems faltantes de la historia clínica, es decir, esta sesión se orientó en explorar el estado mental como; la fenomenología, orientación, atención, memoria, inteligencia, pensamiento, lenguaje, psicomotricidad, sensopercepción, afectividad, juicio de realidad, conciencia de enfermedad y culminando con las preguntas ¿si ha tenido hechos psico traumáticos o ideas suicidas?, al final de todo se procede a continuar con la terapia de jerarquía de preocupación y prevención de pensamientos intrusivos. Se observó un paciente de constitución promedio estatura alta, lucía limpio y presentable; jeans, camisa, zapatos deportivos, su lenguaje expresivo fue claro, coherente, un volumen de voz normal, en su actitud fue agradable, educado, cortés.

Tercera sesión. El 10 de diciembre del 2019 se retomó la plática con el paciente donde menciona que le gusta consumir alcohol, se procedió a indagar y menciona que era incapaz de negar una invitación de ir a tomas con sus amigos, afirma también que tomaba casi todos los días en especial los fines de semana, pero en la actualidad consume dos o tres veces por semana afirma que es caro y complicado conseguir alcohol por el lugar donde se encuentra.

También se procedió a aplicar el test escala de ansiedad de Hamilton y una vez culminó la aplicación se procedió a proseguir con las terapias comenzando con terapia

de relajación, luego a establecer jerarquía de preocupación y culminando con prevención de pensamientos intrusivos.

Cuarta sesión. El 16 de diciembre del 2019 se inició aplicando el inventario de depresión de Beck, los test AUDIT Y CAGE para medir los riesgos del consumo del alcohol. Luego se prosiguió con las técnicas terapéuticas de jerarquía de preocupación y prevención de pensamientos intrusivos.

Quinta sesión: El 20 de diciembre del 2019 se aplicó el cuestionario de Salamanca, se procedió con una nueva técnica terapéutica llamada entrenamiento en auto instrucciones.

Situaciones detectadas.

Durante las sesiones encontramos los siguientes hallazgos:

Área cognitiva: al momento de desarrollar la sesión el paciente tuvo fluidez en sus palabras, presenta un enfoque a la atención en cuanto se le iba haciendo las respectivas preguntas para obtener información.

Área Afectiva: Frustrado, agobiado, angustia, mencionaba sentirse solo dentro del centro privación de libertad, durante la entrevista se notó al paciente ansioso e inseguro.

Área Conductual: reincidencia en el consumo de alcohol

El paciente, en ocasiones por su estado de embriaguez, ha llegado a hacer actos antisociales, en una ocasión le robó a su madre en la oficina, estaba bajo los efectos del alcohol, La frecuencia del consumo se establece alrededor de una o dos veces por semana. se le dificulta conseguir alcohol en la reclusión, por ende, se muestra ansioso.

Reincidencia en la conducta delictiva. Cabe indicar que, en la última privación de libertad sentenciado por año y medio, y de la cual cumplía 8 meses estaba en un grupo de terapias ocupacional, para ganar puntos de régimen de libertad. Manteniendo relaciones interpersonales con sus compañeros en esta actividad y en una actitud servicial se prestaba para enseñar la elaboración de pulseras, colgadores, cajas de madera, adornos en papel.

Área somática: Alteración en el sueño, como el insomnio precoz, presencia de palpitaciones, movimiento repetido de sus extremidades inferiores, dolores de cabeza.

Resultados de los test aplicados:

Test de depresión de Beck: Obtuve como resultado la puntuación de 18 que corresponde a la clasificación de depresión leve.

Test escala de ansiedad Hamilton: Obtuvo como resultado, ansiedad somática de 9 y ansiedad psíquica de 9 puntos que se interpreta como ansiedad leve a moderada.

Cuestionario de Salamanca: Pedro obtiene un perfil esquizotípico con 6 puntos, que corresponde al grupo A, vinculado a personas con conductas extravagantes y excéntricas.

Podemos anotar el siguiente perfil obtenido por el sujeto de estudio:

PUNT	GRUPO A			GRUPO B					GRUPO C		
	PAR	ESQ	EQT	HIST	ANT	NAR	IEIMP	IELIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4											
3											
2											
1											
0											

Test AUDIT y CAGE: De acuerdo a la puntuación del test se obtuvieron 12 pts. que indica síntoma de padecer algún trastorno relacionado con el alcohol. Mientras que CAGE da como resultado 2 puntos que muestra indicios de dependencia de alcohol.

Culminada la valoración psicológica cabe indicar que los primeros diagnósticos diferenciales fueron:

El F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad, según el manual diagnóstico CIE-10

Según el DMS-5 F68.10 trastorno facticio, pero se descartó este debido a que el individuo inventa problemas médicos para un beneficio práctico como por ejemplo la liberación antes de cumplir su condena.

Otro diagnóstico diferencial es F63.2 Cleptomanía, se descarta en base a los criterios que se presentan en el CIE-10

A. Presencia de dos o más episodios de todo sin aparente ganancia para sí mismo u otras a personas.

B. El sujeto describe la presencia de un impulso imperioso a robar, precedido por un sentimiento de tensión que se alivia al llevar a cabo la acción

No cumple con estos criterios el paciente pues la cleptomanía no es conducta adictiva.

Para determinar el diagnóstico estructural con criterios del DMS-5: Trastorno por consumo de alcohol moderado, en remisión inicial F10.21

Posibles soluciones

Una vez detectadas las situaciones del paciente PPL se realizó la intervención de psicoterapia cognitiva conductual.

A nivel individual, se procedió a trabajar con técnicas de relajación con la finalidad de generar, tranquilidad ante comportamientos impulsivos, se procedió a ubicar al paciente en una silla pidiéndole que se acomode como él se sienta a gusto , luego se estableció que siguiera la consigna y se procedió aplicar la técnica donde el paciente respirando de manera tranquila y rítmica iba sintiendo cada parte de su cuerpo, logrando que se enfoque en la acción del momento y poder controlar pensamientos involuntarios .

Por lo que nos mencionó el paciente PPL de sentirse solo dentro de la cárcel, se realizó la técnica de jerarquía de preocupaciones con el fin de controlar focos de pensamientos sensaciones y angustias, donde se logra considerar los problemas hasta llegar al más paralizante.

Así mismo utilizamos la técnica entrenamiento de auto instrucciones con el fin de obtener resultados, tales como: que el paciente aprenda a utilizar la aplicación de auto verbalizaciones internas o pensamientos. En esa actividad se procedió a darle instrucciones al paciente como ejemplo, para que él luego realice sus propias instrucciones con el propósito de cumplir con los estándares de las conductas deseables para el PPL.

Utilizamos la técnica mejora de conductas con el P.I, donde se tenía como objetivo la modificación de conductas o comportamiento para un refuerzo positivo, desarrollar sus potencialidades y oportunidades disponible en su contexto social.

ESQUEMA TERAPÉUTICO.

Categoría	Actividad	Técnicas	Fecha	Números de sesiones	Resultados esperados
Somática	Procedemos a pedir al paciente que se siente y se ponga cómodo, damos cierto tipo de consignas como: cierre sus ojos, respire al ritmo que comienza a contar el terapeuta, procedemos a decir que perciba diferentes partes de su cuerpo.	Terapia de relajación	19/11/19 10/12/19	2	Fomentar la tranquilidad, controlar presión arterial, disminuir frecuencia cardiaca, ante impulso de determinado comportamiento ayuda tolerar situaciones estresantes inesperadas.
Afectiva	Controlar focos de pensamientos sensaciones y angustias.	jerarquía de preocupaciones	19/11/19 28/11/19	2	Considerar los problemas hasta llegar al más paralizante o deprimente
Cognitiva (Pensamiento)	Se logra que considere problemas pequeños hasta llegar al más paralizante.	jerarquía de preocupación	10/12/19 17/12/19	2	El paciente responde a la técnica de manera favorable, en donde va poniendo en grado cada problema y va minimizando la gravedad de estos.
	Hacer registros de pensamientos desagradables que pueden convertirse en obsesivos, molestos y preocupantes.	Prevención de pensamientos intrusivos	23/12/19 27/12/19	2	El paciente registra qué pasa por su mente y en qué momento acontecen estos estados y dinámicas internas, tomando conciencia de ciertos comportamientos, por ejemplo, comprar alcohol.

CONCLUSIONES.

Como resultado del presente estudio de caso se pudo constatar la conexión que se planteó en factores teóricos y la práctica clínica que se desarrolló dentro del centro penitenciario de la ciudad de Quevedo, donde se logró identificar la conducta adictiva de un PPL y que resultan perjudiciales en la integración social, acercando al PPL de actividades que le favorezcan para su intervención en un contexto social o grupos de trabajos.

En el estudio de caso se constató que él paciente identificado cumple con los criterios de diagnóstico: trastorno por consumo de alcohol moderado, en remisión inicial, ya que presentaba conductas adictivas que le generaban fatiga, palpitations repetidas, alteraciones del sueño. Por lo que se optó por la aplicación de un esquema terapéutico cognitivo conductual.

Se observó también que el área más afectada es conducta antisocial ya que por su conducta de ingerir alcohol ha pasado por mucha exclusión, en los ámbitos sociales y así mismos familiares, y por los robos que ha efectuado ha tenido detenciones y sentencias, familiares, amigos lo han excluido dentro de su círculo social y familiar.

La intervención psicoterapéutica que se planteó para el privado de libertad facilitó un mayor conocimiento acerca de la condición de la salud que presenta, pudiendo abordar el trastorno por consumo de alcohol, aplicando técnicas de manejo de conducta, para el control de comportamientos repetidos que puede generar la conducta adictiva en el paciente.

El desarrollo de este estudio de caso me lleva a reflexionar como futura profesional del campo psicológico cada persona presenta distintos tipos de conductas perjudiciales, para la persona misma afectando su calidad de vida y debemos estar preparados para cada reto que se nos presente y así brindar bienestar psíquico en cada individuo, es importante realizar un oportuno análisis de hallazgos que permitan una adecuada discusión diagnóstica, este enfoque descriptivo nos lleva a tener muy presente, particularmente en este tipo de problemáticas de sujetos privados de libertad, de la importancia de la semiótica y la observación clínica.

Se recomienda para el presente estudio de caso que el evaluado continúe recibiendo la asistencia psicológica correspondiente, así como que continúe con el trabajo conjunto de actividades comunitarias en los talleres ocupacionales para mantenerse en el programa de reintegración a la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

- Ahumada, H. & Grandon, P. (2015). Significados de la reinserción social en funcionarios de un centro de cumplimiento penitenciario, *PsicoPerspectivas*, 14(2), 84-95.
- Burgos, C. (2018). TRASTORNO DE CONTROL DE LOS IMPULSOS: LA CLEPTOMANÍA Y SU TRATAMIENTO A TRAVÉS DEL MODELO COGNITIVOCONDUCTUAL (tesis de pregrado). Universidad técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigente. *NeuroPsiquiatría*, 76(4), 210-217.
- Echeburúa, E. & Paz, C. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes...un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Espinoza, O. (2016). MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD ¿es posible su reinserción social? *Caderno C R H*, 29(6), 93-106.
- Fernández, J. & López, J. (2010). Adicciones sin drogas características y vías de intervención. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/242573131_ADICCIONES_SIN_DROGAS_CARACTERISTICAS_Y_VIAS_DE_INTERVENCION
- Garciga, O. (2013). Conductas adictivas desde un enfoque social. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 680-687.

Herrera, J., García, E., Lila, M. (2012). Desorden social, integración social y bienestar subjetivo en inmigrantes latinoamericanos en España. *Anales de psicología*, 28(2), 505-514.

Martin, M. (2016). Características de un comportamiento adictivo. IAN DEPSIQUE. Recuperado de <http://www.iandepsiquealzira.com/single-post/2016/05/17/CARACTER%C3%8DSTICAS-DE-UN-COMPORTAMIENTO-ADICTIVO>

Muñoz, M. & Marín, M. (2017). ADICCION AL TRABAJO: ASPECTO QUE INFLUYEN SU DESARROLLO ESTRATEGIAS DE PROMOCION Y PREVENCION. *PsyConex*, 9(14), 1-14.

Pedrero, E., Rojo, G., Ruiz, J., Llanero, M., Lozoya, P. & Puerta, C. (2011), Evaluación de los síntomas prefrontales: propiedades psicométricas y datos normativos del cuestionario disejecutivo (DEX) en una muestra de población española. *Revista Neurol*, 52(3), 163-172.