Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Carrera de

Psicología Clínica

TÍTULO DEL TRABAJO

TÉCNICAS COGNITIVAS DE AARON BECK, EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE DROGAS, EN LA UNIDAD EDUCATICA "JAVERIANO"

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora:

María Auxiliadora León Segarra

Director:

René Zalamea Vallejo

Cuenca – Ecuador

DEDICATORIA

Quiero dedicar éste esfuerzo y sacrificio, primeramente a la vida que me dio ese soplo de aliento para realizarlo; a mí querida hija por su apoyo y paciencia, quién ha sido mi motivo, razón y quién le dio sentido a mí vida; a mi pareja, que con su amor, fue el que me empujó, ayudó generosamente y me recordó día a día que debo cumplir mis sueños; y por último a mí madre y hermanas (no), que a pesar de la distancia siempre están conmigo.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de manera especial a todos mis profesores desde el inició de la carrera, ya que debido a ellos, a sus enseñanzas y sabiduría, he logrado culminar los estudios para el inicio de ésta maravillosa profesión; a la directora de la Escuela de Psicología Clínica; a mi tribunal y tutor, por la orientación y aporte a ésta investigación y por último, a los compañeros de tesis, por la ayuda y solidaridad que nos brindamos.

Índice de Contenidos

Contenido

Portada…….. I

Dedicatoria……II

Agradecimiento……III

Índice de contenidos…….IV

Índice de contenidos…….V

Índice de tablas y figuras……VI

Índice de anexos…….VII

Resumen……VIII

Abstract……..……IX

Introducción…….1

Capítulo

I……3

1.Problemas de consumo de drogas en adolescentes; una mirada cognitiva…..4

1.1 Adolescentes y drogas……4

1.2 Tipos de drogas……5

1.3 Desarrollo de los Procesos cognitivos en la Adolescencia……..6

1.4 Factores de riesgo individuales: actitudes, creencias y valores……..**....**7

Capítulo II……..……..9

2. Técnicas Cognitivas de Aaron Beck……10

2.1 Antecedentes Generales: Psicología Cognitiva…….……..10

2.2 Fundadores de la Terapia Cognitiva: Beck y Ellis…….11

2.3. La terapia cognitiva de Aaron Beck……..12

2.3.1Conceptos fundamentales de la terapia de Beck…….……..12

2.3.2 Proceso terapéutico…….…….13

2.3.3 Técnicas cognitivas de la terapia cognitiva de Beck…….……..14

2.4 Estudio sobre Adolescentes con problemas de consumo de drogas e intervención con técnicas cognitivas……16

Capítulo III…….17

3.Metodología, Instrumentos y Propuesta de Intervención…….…….18

3.1 Generalidades: Metodología……...18

3.2 Análisis cualitativo: Contexto, Aspectos comunes y Categorías y Segmentos….20

3.3 Casos de Estudio……..27

3.4 Rasgos clínicos determinantes…….43

3.5 Propuesta de Intervención……45

3.6 Evaluación del proceso de Intervención……..52

3.7 Resultados…….……...54

Conclusiones…….56

Recomendaciones…….58

Referencias
Bibliográficas……60

Índice de Tablas

Tabla 1

Rasgos
Clínicos……..44

Tabla 2

Objetivos, actividad, evolución y recursos de sesiones……..48

Tabla 3

Objetivos, actividad, evolución y recursos de sesiones……..50

Índice de Figuras

Figura 1

Patrones y Relaciones……..……..26

Figura 2

Genograma Caso 1……..29

Figura 3

Genograma Caso 2……..……..32

Figura 4

Genograma Caso 3……..……..35

Figura 5

Genograma Caso 4……..38

Figura 6

Genograma Caso 5……..41

Índice de Anexos

Formato de Consentimiento……64

Registro de pensamientos……65

Planificación de Intervención……..66

Historia Clínica……67

RESUMEN

La presente investigación es un estudio de tipo cualitativo, transversal, dónde se realizó investigación - acción en cinco casos de adolescentes con problemas de consumo de drogas, en la Unidad Educativa "Javeriano", dónde el objetivo principal fue examinar, describir, explorar los pensamientos y emociones que tienen los adolescentes con problemas de consumo y desarrollar estrategias para intervenir en su modificación. Se realizó un análisis dentro del discurso de los jóvenes, para la identificación de categorías y temas, que puedan estar asociados a la problemática, se concluyó que existen pensamientos distorsionados dentro de los esquemas mentales, que pueden constituir factores de riesgo para el consumo de drogas.

Palabras claves: Adolescentes, drogas, pensamientos distorsionados, esquemas mentales.

ABSTRACT

This research is a transversal-qualitative study, through which action-research was conducted in five cases of adolescents with substance consumption problems at *Javeriano* Educational Institution. The main objective was to examine, describe, and explore the thoughts and emotions that adolescents affected by substance consumption problems have, and develop strategies to intervene in its modification. An analysis within the discourse of young people was carried out so as to identify categories and themes that may be associated with the problem. It was concluded that there are distorted thoughts within their mental schemes, which may constitute risk factors for drug use.

Keywords: Adolescents, Drugs, Distorted Thoughts, Mental Schemes.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
Dpto. Idiomas

Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

La terapia Cognitiva de Aarón Beck, se ha convertido hoy en día en un modelo a seguir, debido a su eficacia en diversos trastornos psicológicos, ya que su enfoque es estructurado y breve, se limita a resolver problemas actuales, modificando pensamientos, emociones y conductas distorsionadas. Las ventajas de ésta terapia, es que se puede aplicar a todas las personas con diferentes niveles de educación, estrato social, individual, grupal, pareja y familiar.

Lo importancia dentro de éste tipo de terapia, es que se trabaja conjuntamente con el paciente, realizando diversas actividades que es precisamente lo que va dar un mejor aprendizaje de cómo manejar los pensamientos distorsionados que generan conductas inadecuadas.

Lo que impulsó a la realización de ésta investigación, es principalmente los problemas de consumo de drogas en adolescentes, que se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial. Hoy en día en nuestra sociedad y sobre todo en una población vulnerable como los adolescentes, el consumo se ha convertido en algo común, por tanto aportar terapéuticamente dentro de ésta población, ayuda a encontrar factores de riesgo que estén asociados al consumo de drogas.

El trabajo que se presenta a continuación tiene como finalidad, llegar a una mejor comprensión sobre la terapia cognitiva de Aarón Beck, a conocer cuáles son los pensamientos y emociones de los adolescentes con problemas de consumo de drogas, y se evidencie la intervención propuesta en la modificación de pensamientos distorsionados que están relacionados al consumo.

Desde el modelo cognitivo de Beck, que es lo que constituye esta tesis de grado, está conformada por los siguientes capítulos:

1. Marco teórico, que hace referencia a la adolescencia y el consumo de drogas desde el punto de vista cognitivo.

2. Antecedentes sobre la terapia cognitiva y una explicación de qué, cómo y cuáles son las técnicas cognitivas de Aarón Beck, que se propuso intervenir en adolescentes con problemas de consumo de drogas.

3. Marco metodológico dónde explica la intervención y se evidencia toda la propuesta planteada, a través de resultados tomados de una entrevista profunda y el análisis clínico de cinco casos de adolescentes, quienes expresaron su voluntad y nos otorgaron la autorización para ser parte de ésta investigación.

Resultando una investigación-acción de tipo cualitativo, esperando que sea un aporte a otras investigaciones relacionadas al tema.

Capítulo I

1. **Problemas de consumo de drogas en adolescentes; una mirada cognitiva**
   - **1.1. Adolescentes y drogas**
   - **1.2. Tipos de drogas**
   - **1.3. Desarrollo de los Procesos cognitivos en la Adolescencia**
   - **1.4. Factores de riesgo individuales: actitudes, creencias y valores**

CAPÍTULO I

1. PROBLEMAS DE CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES; UNA MIRADA COGNITIVA

1.1 Adolescentes y Drogas:

La adolescencia es una etapa de transición que suele estar asociada al inicio del consumo de drogas, justamente por constituirse en un proceso en el que la persona va definiendo su identidad y busca permanentemente sus propios referentes, así, Zumalde y Gutiérrez (2009), "indican que el consumo de drogas es un fenómeno relacionado con el desarrollo, que aumenta casi linealmente desde el comienzo hasta el final de la adolescencia".

De acuerdo a Rosi (2008), la adicción se relaciona con la definición misma de adolecente desde su punto de vista adolece: carece de madurez y vive en la instancia de transición, trata de mejorar su identidad como persona, y su rol dentro de la sociedad, además, de consolidar su Yo, necesita contar con un proyecto vital para poder superar lo que…califica como *los duelos*, frente a la pérdida del cuidado paterno y su imagen infantil dependiente, existe madurez biológica que no siempre va acompañada por la madurez psicológica.

En esta misma línea Keegan (2012), señala, que las personas consumen para regular sus emociones: librarse de las negativas y extender las positivas, como en la perspectiva cognitivo-conductual que considera a las personas con dificultades para regular las emociones más vulnerables al consumo. Suele hablarse de que el abuso de sustancias suele ser comórbida siempre va acompañada de otra patología mental.

Para los cognitivos- conductuales, el consumir drogas, es un intento de combatir serios conflictos en regular sus emociones, debido a que está ligado a creencias relacionadas acerca del consumo, de sustancias y consecuencias.

El motivo principal de éste enfoque, es ayudar a las personas a desarrollar estrategias para su equilibrio emocional, cambiando una conducta negativa por otra que no genere situaciones negativas de consumo.

1.2. Tipos de Drogas:

El DSM V (2014), incluye 10 categorías relacionadas a la ingesta de drogas de abuso: alcohol, alucinógenos, cafeína, cánnabis, estimulantes (anfetaminas, la cocaína y otros) inhalantes, nicotina, opiáceos, hipnóticos y ansiolíticos.

Estas diez clases de drogas no son radicalmente distintas entre sí, cualquier droga que se consuma en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales. (APA-TR, 2013, Pág. 253).

Las drogas y sus efectos, no justifica su abuso o dependencia, sino, como lo destaca Campoverde (2015), que los pensamientos deformados crean el elemento patológico primario de trastornos de la personalidad, consecuencias que se observan en lo que llamamos distorsiones cognitivas, pues no permitiendo decir a las personas las emociones que ayuden a su desarrollo, sino por el contrario, creando la dependencia, ansiedad y depresiones que llevan a la decisión del uso y abuso de drogas.

El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep) lanzó en septiembre del 2013 la IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes de Colegios de 12 a 17 años, la encuesta fue aplicada a 170 colegios del país, existieron cinco grupos de usadores de drogas, desde el uso experimental, ocasional, regular, frecuente e intenso; se determinó: tiempo de uso, frecuencia y la cantidad de droga usada.

De acuerdo a los encuestados que usaron sustancias prohibidas, las consiguen a través de un proveedor que conocen o por un amigo. Al menos seis de cada 10 estudiantes que declaró usar drogas durante el último año, indicaron que el mínimo que gastan en estupefacientes por mes es cinco dólares. Los lugares donde frecuentan usar drogas a nivel nacional son: fiestas o lugares de diversión (25.6%), en parques o calle (17.2%), en domicilio (11.4%), conciertos (8.6%) y en otros lugares el 19.6%. Cuatro de cada 100 estudiantes presenta uso ocasional de cigarrillos; uno de cada 100,

uso intenso. Además uno de cada cinco, tiene un uso ocasional de alcohol y dos de cada 100, un uso intenso. (Diario La Hora, 2013)

1.3. Desarrollo de los Procesos cognitivos en la adolescencia:

El principal exponente del desarrollo cognitivo "Piaget", siempre se interesó en los cambios específicos que dan lugar en la formación mental de las personas, desde que nacen hasta la vida adulta. El organismo humano tiene un equilibrio interno responsable de su funcionamiento, el cuál es invariante.

Piaget & TEÓRICOS (1976), señalan que el desarrollo cognitivo según Piaget, no es el resultado solo de la maduración del organismo ni de la influencia del entorno, sino la interacción de los dos.

Piaget, elabora su propuesta de los estadios asignado a cada etapa una función y destreza a alcanzar, las llamadas Operaciones formales constituyen una especie de frontera a sobrepasar en la que el niño se convierte en adulto de esta manera desde aproximadamente los 11 años de edad en adelante se va construyendo las habilidades cognitivas necesarias, por tal razón se consigue la abstracción sobre conocimientos definidos que le permitirán recurrir al razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrollará ideas y logra formación continua de la personalidad, también hay un desarrollo mayor de conceptos morales. (Piaget & Teóricos, 1976)

En términos concretos desde este enfoque teórico la maduración sexual el niño estaría asociada a su desarrollo cognitivo, podría traer grandes consecuencia y diferencias con respecto a otras etapas, sobre todo en lo emocional. Le permitirá formular hipótesis, es decir, de proponer ideas, es lo permite que las operaciones concretas se conviertan en operaciones formales. En esta etapa el niño, que está en transición hacia la adolescencia, puede pensar dejando a un lado la realidad concreta. A medida que ejercita su nueva habilidad de reflexión, sus conceptos se amplían cuándo empieza a tomar en cuenta a los demás. (Piaget & Teóricos, 1976)

En la adolescencia temprana, el niño empieza a entender las relaciones causales y lógicas, a su vez la solución de problemas es más sofisticado. Piaget opinaba que ya en la adolescencia eran capaz de adquirir conceptos de muchas variables, permitiendo

un nuevo método de leyes o reglas para solucionar problemas. (Mangrulkar, Whitman y Posner ,2001)

De tal manera que cuándo el adolescente logra alcanzar su madurez cognitiva dentro de las operaciones formales, es porque ha ido desarrollando de manera normal la asimilación y acomodación de la que Piaget habla desde el inicio del desarrollo cognitivo, ya que por medio de ésta se va dando un equilibrio mental de acuerdo a su edad, por tanto, es fundamental éste equilibrio llamado adaptación, debido a esto es que ciertos adolescentes no logran tener claro la organización de sus ideas y pensamientos, por tal razón, son más vulnerables al tomar decisiones en situaciones de riesgo cómo lo es el motivo de ésta investigación "El consumo de drogas".

1.4. Factores de riesgo individuales: Actitudes, creencias y valores

La espada, Arostegi & Iraurgi (2004), en este enfoque explicativo sobre los factores de riesgo, la adolescencia es una etapa crítica, debido a una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales, mientras que su principal objetivo es el ingreso a la adultez, varía de una persona a otra, ya que se establece cuándo adquiere una serie de capacidades. Dependiendo de cómo asimile dichos cambios, determinará el resultado de un mayor o menor grado de ser independiente y por lo tanto es susceptible de iniciar el consumo de drogas.

El adolescente protegido anhela mayor libertad y autonomía, empieza a preguntarse sobre los valores de su familia y busca darle sentido a su existencia basado en lo que sabe de sí mismo, de gustos, actitudes, limitaciones y preferencias. Cuánto más adquiere ciertas características personales y recursos, harán que estos actúen como factores de riesgo que podrían generar el inicio de consumo de drogas, y si se refuerzan factores de protección, mantendrían a las personas alejadas de esa conducta. (Laespada, Arostegi & Iraurgi, 2004)

Actitudes, creencias y valores:

Estos elementos pueden predecir la conducta de consumo, señalan Fishbein y Ajzen (1980), lo que el joven piense, crea, el consumirlas, sus efectos y lo que experimente con las drogas, comprobará subjetivamente lo positivo o negativo que va a establecer si consume o no. (Laespada, Arostegi & Iraurgi, 2004)

Se ha evidenciado que las creencias y actitudes positivas sobre las drogas se asocian con el consumo, igualmente cuando se relaciona con menos aprecio por los valores ligados a la socialización convencional como religión, familia, orden, salud, etc. (Laespada, Arostegi & Iraurgi, 2004)

Según, Laespada, Arostegi & Iraurgi (2004), Los Valores, creencias y actitudes, van a depender primeramente por la familia, como portador y transmisor de las mismas, la presión del grupo de pares, ya que existe una poderosa influencia y es lo que va a definir el carácter y los valores del adolescente.

CAPÍTULO II

2. Técnicas Cognitivas de Aarón Beck

2.1. Antecedentes Generales: Psicología Cognitiva

2.2. Fundadores de la Terapia Cognitiva: Beck y Ellis

2.3. La terapia cognitiva de Aarón Beck:

2.3.1 Conceptos fundamentales de la terapia de Beck

2.3.2 Proceso terapéutico

2.3.3 Técnicas cognitivas de la terapia cognitiva de Beck

2.4. Estudio sobre Adolescentes con problemas de consumo de drogas e intervención con técnicas cognitivas.

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS COGNITIVAS DE AARON BECK

2.1 Antecedentes: Psicología cognitiva

Ruiz & Cano, (2002), señalan que la Psicología Cognitiva, ha tenido importantes antecedentes antes de los años sesenta, como disciplina de la psicología experimental y la psicología evolutiva, como propone F.C. Bartlett, en su obra "Recordando" de 1932, en su explicación de la memoria, que anticipó cuarenta años a las teorías cognitivas actuales y constructivista, diciendo que la memoria no es un depósito, sino que implicaba un procedimiento de clasificación, interpretación y construcción.

La sucesiva reorganización de la experiencia en esquemas permite el desarrollo de la memoria y los eventos recordados que son reconstruidos de manera diferente en función de la ampliación de los esquemas, tal como en este momento se mantiene como premisa básica del enfoque cognitivo, estos antecedentes son pertinentes en el marco del proceso de fundamentación de esta investigación ya que estos esquemas que se van consolidando en el proceso de desarrollo del adolescente de acuerdo a lo explicado constituyen elementos dirimentes en la toma de decisiones.

Piaget dedicó su obra a la investigación del desarrollo cognitivo, orientándose siempre en el pensamiento e inteligencia, para él, las personas van organizando su conocimiento y experiencias dentro de sus esquemas cognitivos a través de la asimilación y acomodación, su desarrollo se inicia desde los esquemas sensomotrices donde el conocimiento está asociado a sus acciones, terminando en las operaciones formales, dónde ya ha logrado abstracciones separadas de las experiencias contiguas. (Ruiz & Cano, 2002).

Distintos antecedentes del enfoque cognitivo lo establecen la teoría de la información, comunicación, sistemas y el desarrollo de ordenadores, a raíz de los años setenta la psicología se hace cognitiva, en este enfoque el sujeto no solo reacciona o responde a estímulos ambientales, sino también actúa construyendo su experiencia. (Ruiz & Cano, 2002).

De acuerdo a estos antecedentes, desde el modelo cognitivo el ser humano es un ser proactivo en la construcción de sus pensamientos y por tanto de sus emociones y conducta, todo esto aplicado al adolescente coloca a la temática en un reducto más amplio y más complejo, el adolescente no es aquel que adolece solamente, es aquel que está en una etapa de profundos cambios y de oportunidades únicas, todo esto tomando en cuenta el proceso de desarrollo de la operaciones formales y la gran capacidad de adaptación que tendría.

2.2. Fundadores de la Psicoterapia Cognitiva: Beck y Ellis

Dentro de la terapia cognitiva y una de las más utilizadas en la actualidad, siendo sus principales exponentes Ellis (1962) y Beck (1967), vinieron originariamente de la corriente psicoanalítica, ambos se alejaron ya que no aportaba evidencia empírica ni resultados que favorezcan el trabajo clínico. Por esta razón la Psicoterapia Cognitiva se enfocó en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica.

Ellis en 1958, desarrolla la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, lo que revolucionó dentro de su aporte era que el terapeuta debe ser activo y directivo, sustituyendo la escucha pasiva por dialogar con los pacientes, en dónde se analizaba, debatía y preguntaba sobre pensamientos distorsionados que afectaban al sujeto. (Camacho, 2003)

Beck en clásico libro “Terapia Cognitiva de la Depresión” (1979), relata cómo se comenzó a preguntar algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, hasta su intervención con pacientes con depresión, los tratamientos largos e ineficaces que realizaban sus colegas las debilidades de trabajar con pacientes depresivos, lo llevaron a valorar la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente todo lo que envolvía al psicoanálisis. Es así como desarrolló una de las psicoterapias más eficientes para tratar la depresión. (Camacho, 2003)

2.3. La terapia cognitiva de Aarón Beck:

2.3.1 Conceptos Fundamentales de la terapia de Beck:

Dentro de la Psicoterapia Cognitiva, existe cierto consenso con respecto a sus lineamientos, o pueden hallarse conceptos o términos diferentes referentes al mismo proceso. Proporcionaré una conceptualización general de aspectos relevantes para la Terapia Cognitiva.

Estructuras, procesos y resultados cognitivos:

Las estructuras cognitivas podrían relacionarse con esquemas, los procesos cognitivos se los atribuye a la definición que le den a partir de los esquemas, estos están relacionados a las creencias que resultan de los esquemas y la realidad, éstas creencias influirían en el propio proceso. (Camacho, 2003)

Esquemas Cognitivos:

Beck señala que los esquemas son modelos cognitivos estables que establecen regularmente las interpretaciones de la realidad, los sujetos manejan sus esquemas localizando, codificando, diferenciando y atribuyendo significados del mundo externo. Los esquemas se definieron como estructuras estables que seleccionan y simplifican la información ingresada. Todos contamos con una lista de esquemas que nos permitirán seleccionar, categorizar y organizar estímulos que sean accesibles y tengan sentido para cada persona, a la vez nos ayudará a identificar y seleccionar destrezas que nos harán actuar. (Camacho, 2003)

Los esquemas se adaptan y van tomando forma a través de las relaciones que establezcan con el medio y de determinantes hereditarios que van estableciendo patrones propios, el sujeto tiene un fuerte sentido de adaptación de supervivencia tanto física como psicológica, en algunos casos sobrevivieron de manera automática, desadaptada y severa en distintas situaciones, lo que ocasionaría perturbaciones graves. (Camacho, 2003)

Creencias*:*

Las creencias se encuentran en nuestros esquemas, derivando de la relación directa entre la realidad y los esquemas. Definiéndolo como aquello en lo que creemos, son como

mapas mentales internos, que nos dan una visión del mundo y que se han ido construyendo mediante experiencias. Existen diferentes tipos de creencias, cómo:

- Creencias nucleares: Se define a aquellas que constituyen el self de la persona, difíciles de cambiar, dan el sentido de su identidad, intrínsecas en las personas. Ej.: Yo soy varón.

- Creencias periféricas: Son aspectos más secundarios, más fáciles de cambiar y menos relevantes que las nucleares. Ej.: La vida siempre te da una segunda oportunidad. (Camacho, 2003)

Pensamientos automáticos:

Se definen por su forma impuesta, aparecen sin filtro alguno en el pensamiento normal y establecen su dirección; son atribuidos como una certeza absoluta por tal razón no los cuestionamos y condicionan las emociones y conductas, son breves, aparecen verbalmente o en imágenes. (Camacho, 2003)

Las distorsiones cognitivas:

Cuándo se procesa la información, ocurren ciertas deformaciones que llevan a las personas a sacar conclusiones apresuradas, descritas varios errores cognitivos para pacientes, pueden encontrarse en varias patologías y personas sin trastornos psicológicos.

Principales distorsiones cognitivas son:

Inferencia arbitraria, maximización, minimización, abstracción selectiva, generalización, personalización y pensamiento dicotómico.

2.3.2 Proceso terapéutico:

La Psicoterapia Cognitiva se define porque es un tratamiento, activo, ya que terapeuta y paciente actúan dentro de la terapia.

Directivo: el terapeuta dirige dicho tratamiento.

Estructurado: Pasos a seguir para la realización del mismo.

Con tiempos limitados: Se realiza una planificación de trabajo, delimitando periodo de tiempo.

Este modelo se desarrolló para tratar la depresión, hoy en día ayuda para tratar diversos problemas y trastornos, entre ellas adicciones al consumo de drogas. Camacho (2003), refiere que el tratamiento está basado concretamente en la conducta y emociones de una persona y están determinados por la forma de ver el mundo.

Básicamente Beck resume la terapia, en que los pensamientos, emociones y conductas están relacionados entre sí, o sea que las conductas van a depender de los pensamientos y emociones. Por ende si modificamos nuestros pensamientos, también cambian nuestras emociones y a su vez las conductas, no olvidar que las creencias se establecen a partir de las experiencias y procesos cognitivos personales, serán fundamentales durante el tratamiento, ya que terapeuta y paciente comprobarán esas creencias. (Camacho, 2003)

2.3.3 Técnicas cognitivas de la terapia cognitiva de Beck:

Existen varias técnicas en la psicoterapia cognitiva de Aarón Beck, de las cuales definiremos las más importantes y las que serán utilizadas en ésta investigación con un grupo focalizado remitido por el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), en formato individual, de acuerdo al paciente y problemática.

Detección de Pensamientos Automáticos: Es la principal técnica que se utilizó en esta investigación, consiste en la ejecución de una tarea inter sesiones la cual implica que al adolescente se le enseña a identificar los pensamientos automáticos que se dan en relación a su estado emocional o, a una conducta problemática y la registra en una matriz acordada en la sesión. (Rojas, 2007)

Posterior a la tarea, se revalora creencias, pensamientos, emociones y conductas en la sesión para su modificación.

Otras técnicas a utilizarse son:

La retribución de responsabilidad*:* O también “Pastel de responsabilidad” que consiste en que el paciente realice una lista de situaciones que le generen molestia, incluyendo parte de su culpa al final de la hoja. Luego en conjunto con el terapeuta se divide las partes y se le asigna un porcentaje determinado. De tal manera que podrá observar que en el problema intervienen varios aspectos y por tanto no se atribuye la culpa a sí mismo”. (Rojas, 2007)

Flechas descendentes: Se trata de dibujar una flecha descendente hacia la siguiente creencia y así repetidamente, se la realiza eligiendo un pensamiento automático, y se hace la interrogante ¿Qué significa esto para mí?, posteriormente se cuestiona la misma, hasta llegar a identificar sus creencias personales básicas de los pensamientos automáticos. (Rojas, 2007)

Uso de imágenes: Esta se usó para modificación de cogniciones y el aprendizaje de nuevas habilidades, esta técnica es bastante utilizada en pacientes con problemas de consumo de drogas ya que la visualización de imágenes positivas, distrae o mengua los pensamientos relacionados con la ansiedad del consumo.

Consiste, según explica Rojas (2007), Para lograr el cambio es necesario retroceder en el tiempo, por así decirlo, y recrear la situación. Cuándo las interacciones de aquel momento cobran vida, se activa la construcción defectuosa, junto con el afecto, y puede producirse la reestructuración cognitiva". Es decir, al evocar recuerdos de experiencias pasadas, no solo se repiten ideas si no que se asocian a emociones y se tiene la oportunidad de revisar la situación desde una perspectiva diferente alejada del contexto histórico por tanto se la puede evaluar de otra manera, con ello se puede modificar los sentimientos y pensamientos asociados a tal evento.

Repaso conductual (Role playing): También llamada "dramatización". Consiste en representar, actuar o dramatizar una situación conflictiva con la finalidad de despersonalizarla, y que de ésta manera pueda ser analizada y discutida. El objetivo es ayudar al paciente a modificar conductas inadecuadas a través del desarrollo de habilidades interpersonales efectivas. (Rojas, 2007).

2.4 Estudio sobre Adolescentes con problemas de consumo de drogas e intervención con técnicas cognitivas:

Gómez (2008), en su investigación titulada "ABUSO Y CONSUMO DE DROGAS", señala que dentro de éste estudio cuantitativo y cualitativo, realizado con tres grupos de adolescentes en Argentina, se puede evidenciar la implicancia de las creencias cognitivas como factor de riesgo, asociado a la vulnerabilidad de consumo de dogas en estos sujetos. Se concluye, que existe una estrecha relación sobre las creencias adictivas como un patrón de consumo, también se evidencian los efectos que tienen las drogas en estos sujetos y que muestran un patrón compatible en las cuáles sus creencias están relacionadas con el placer y alivio que éstas les proporcionan.

CAPÍTULO III

3. Metodología, Instrumentos y Propuesta de Intervención

3.2. Generalidades: Metodología

3.3. Análisis cualitativo: Contexto, Aspectos comunes y Categorías y Segmentos

3.4. Casos de Estudio

3.5. Rasgos clínicos determinantes

3.6. Propuesta de Intervención

3.7. Evaluación

3.8. Resultados

Capítulo III

3. Metodología, Instrumentos, Aplicación e Intervención

En este último capítulo se demuestra la aplicación de las técnicas Cognitivas de Aaron Beck en adolescentes con problemas de consumo de drogas y resultados que se obtuvieron en los cinco casos de estudio.

3.1. Generalidades: Metodología, Casos de estudio y Aspectos comunes

En esta investigación se puso en práctica la aplicación de técnicas Cognitivas de Aarón Beck en adolescentes con problemas de consumo. Es un estudio de corte cualitativo, transversal, en la que se trabajó con un modelo similar al de los diseños de investigación – acción, en los que participan cinco adolescentes con problemas de consumo, identificados por el D.E.C.E, de la Unidad educativa "Javeriano", con el objetivo de intervenir en los pensamientos automáticos distorsionados que pueden estar relacionados o favoreciendo el consumo de drogas.

Población:

Cinco alumnos del Colegio "Javeriano" de primero de bachillerato, entre las edades de 15 a 17 años, seleccionados por las autoridades de la institución, identificados y focalizados.

Criterios de inclusión:

Adolescentes con problemas de consumo de drogas entre 15 a 18 años de edad, derivados por el DECE, que han firmado un consentimiento informado, cuentan con la autorización de los Padres y se encuentran en situación de riesgo psico - social.

Criterios de Exclusión:

Sujetos que no tienen problemas por consumo de drogas, que estén involucrados en el narcotráfico y que sean mayores a 18 años de edad.

Procedimiento:

La inmersión inicial se efectuó con un acercamiento al Colegio y sus instalaciones para luego efectuar un diálogo con las autoridades en la que se identificó la problemática que fundamentalmente se refería a problemas de consumo de los adolescentes que había rebasado la capacidad de contención de la institución.

Se realizaron Observaciones, entrevistas individuales a profundidad, que permitieron obtener información relevante, acerca de pensamientos automáticos, emociones y los discursos que tienen los adolescentes.

Las Técnicas Cognitivas de Aaron Beck se aplicaron en sesiones individuales, mientras se recogía la información a través de una hoja de registro de pensamientos la cual se instaló como tarea intercesión en la que consta la identificación de situación, pensamientos automáticos, emociones y conductas, también se valoró la intensidad de las emociones y su duración. Una vez cumplido con el proceso de identificación se intervino con la técnica de la flecha descendente, re-tribución o pastel de responsabilidades, juego de roles, tren de la vida y técnicas de relajación para el inicio de las sesiones.

El número de sesiones fueron de 12, estuvieron estructuradas en entrevistas y la aplicación de las diferentes técnicas. Esto de acuerdo a la disponibilidad de tiempo y espacio que se coordinó con las autoridades del plantel.

Se contó con un documento de participación voluntaria en el que se especificaron los procesos a cumplir con el máximo detalle posible.

Por razones éticas y profesionales, se mantiene la confidencialidad de los nombres de cada estudiante, por lo que se describen como Caso 1, 2, 3, 4, 5.

Se efectuó también un análisis cualitativo del discurso en el que se recogió y se le dio sentido a segmentos manifestados por los estudiantes en el proceso de intervención.

3.2. Análisis cualitativo: Contexto, Aspectos comunes y Categorías y Segmentos:

Contexto:

Sayausí es una parroquia rural del cantón Cuenca en la provincia del Azuay. Esta área está cerca del Parque Nacional El Cajas. Sayausí contiene ríos, montañas, jardines y plantaciones**.**

A pesar de varias mejoras dentro del sector, todavía carecen de servicios, por lo que se encuentra en vías de desarrollo. La institución educativa se encuentra dentro de ésta parroquia, el alumnado en su mayoría pertenecen al lugar y también de sus alrededores (barrios o pueblos cercanos).

El contexto social ofrece pocas o ninguna oportunidad de desarrollo, o de recreación que responda al interés de los adolescentes, tanto en la parroquia como en la Institución Educativa, Luis Enrique "Aquí no hay nada, solo se puede dormir, ver tele o estar en el face, si hay internet". Efectivamente, las autoridades del plantel revelaron esta dificultad generalizada de la parroquia.

Los cinco casos provienen de familia nuclear con Padre y Madre, en dos de los casos sus Padres están en Estados Unidos y uno de los casos de familia ensamblada con figura paterna sustituta, existen dificultades de comunicación con el grupo primario de apoyo en la convivencia diaria, salvo por uno de los casos que de acuerdo a la investigación presenta un problemática leve.

Existe interés en el desarrollo educativo de las Madres, con ausencia de la participación de los Padres, no están muy implicados en su desarrollo educativo, señalan que sus padres trabajan para sustentar al hogar.

De los cinco casos, tres no muestran interés en el desarrollo educativo, no cuentan con un proyecto de vida, aunque han expresado su deseo de ser profesionales, los estudios les aburren y no están motivados.

El marco cultural de referencia promueve el consumo de alcohol y drogas ya que en las fiestas familiares y sociales un elemento de integración social lo constituye justamente el consumo de alcohol y el tabaco.

El marco social de pares ejerce una fuerte presión en ellos, por la cual la influencia es mayor hacia el consumo.

Análisis Cualitativo:

Se recogió segmentos del discurso manifestado por los adolescentes en el proceso de intervención, se organizó por participante y haciendo referencia al método de recolección de la información, esto es, la entrevista a profunda.

Como unidad de análisis seleccionamos como segmentos del discurso las respuestas ofrecidas por los adolescentes en relación al consumo de drogas, pensamientos automáticos y causas y consecuencias de este consumo, se compararon las unidades de análisis con lo cual se pudo colegir las siguientes categorías:

Categorías:

a) Consumo de Drogas por Diversión

(C.D.D)

Definición: Todo consumo que se realiza en una reunión de amigos, dónde practican actividades entretenidas que generan alegría, satisfacción y en el que es promovido el consumo de drogas.

Ejemplos:

- "Se pasa mejor con alcohol y drogas en una farra"
- "Si no me drogara, no sería fiesta"
- "Me pone bien y contento en una fiesta"

b) Consumo de Drogas por Curiosidad

(C.D.C)

Definición: En las constantes reuniones en las que observan a sus amistades consumiendo, sienten la curiosidad de saber que el porqué de su consumo.

Ejemplos:

- "Quiero saber que se siente estar drogado".
- "El ver a mi hermano fumar, me dio curiosidad de hacerlo"
- "Muchos amigos lo hacen, yo quería probar"

c) Consumo de Drogas por Desinhibición

(C.D.D.H)

Definición: Adolescentes tímidos, dentro de una reunión de amistades o fiestas, sienten no encajar y no poder expresarse, ya que les gustaría relacionarse con los demás.

Ejemplos:

- "Es que me siento raro, y cómo soy tímido, en una fiesta no puedo acercarme a una chica, entonces quiero beber o drogarme para desinhibirme y así poder hacerlo".
- "No encajo con otros y cuándo tomo, siento que sí… y puedo hablar de todo"

d) Consumo de Drogas por Presión o Influencia de amigos:

(C.D.P.I.A)

Definición: Ante las repetitivas insistencias de los amigos en consumir alcohol o drogas, terminan aceptando las sustancias.

Ejemplos:

- "Mi hermano se droga, siempre lo hace y por eso quise fumar"

- “Aquí en el colegio se drogan y ya pues a uno también le dicen que pruebe, y terminé fumando”
- “Los amigos te dicen que fumes para sentirte mejor y olvidarte de todo”

e) Consumo de Drogas por Aburrimiento

(C.D.A)

Definición: Adolescentes al no tener actividades de ocio, por lo general después de clases, sienten aburrimiento y buscan su grupo de amigos para realizar cierta actividad “Consumir”.

Ejemplos:

- “No tengo qué hacer, y eso (fumar marihuana), hacemos con mis amigos”
- “Las drogas me hacen salir del aburrimiento”
- “Cuándo el colegio o una fiesta está aburrida, eso nos pone chévere”

f) Consumo de Drogas por Despecho

(C.D.P.D)

Definición: Consumo derivado del rompimiento o separación del adolescente con la novia, ante la tristeza que le genera la situación, encuentra como única salida consumir drogas.

Ejemplos:

- “Cuándo mi novia me terminó, fui a beber”
- “Mi novia se embarazó, yo salí huyendo, ella no quiere saber de mí, me despeché, que me dediqué a fumar”
- “Cuándo siento celos y parece que mi enamorada me quiere dejar, yo bebo”

g) Consumo de Drogas para Relajarse

(C.D.P.R)

Definición: La sustancia en algunos jóvenes los hace sentir tranquilos y relajados, debido alguna situación que les haya generado estrés.

Ejemplos:

- "Me siento en un estado de relax (tranquilo y calmado)".
- "No sientes nada, te olvidas de los problemas y se siente rico"
- "No se siente nada, solo te relaja"
- "A veces me drogo porque estoy estresado o ansioso y eso me calma".

Temas:

Al realizar el segundo nivel de codificación se encontraron los siguientes temas

Tema 1

Consumo para evitar el aburrimiento (CEA)

En este tema se integran las categorías consumo de drogas por diversión, por desinhibición y aburrimiento, debido a que constituyen en si las mismas referencias frente al consumo, este tema contiene todos los segmentos del discurso que relacionan el consumo de drogas con el hecho de estar aburridos, de no sentir desinhibición cuando se busca diversión.

Ejemplo:

- "Cuándo el colegio o una fiesta está aburrida, eso nos pone chévere"
- "Es que me siento raro, y cómo soy tímido en una fiesta no puedo acercarme a una chica, entonces quiero beber o drogarme para desinhibirme y así poder hacerlo".

Tema 2

Consumo por presión del grupo de pares (CPGP)

En este tema se integran las categorías el consumo de drogas por presión e influencia de amigos y por curiosidad, debido a que dentro del discurso de los adolescentes se evidencia cuánta presión del grupo de pares ejerce sobre ellos ante el consumo, también despierta la curiosidad de probar drogas, por el mismo hecho de estar rodeados de amigos que consumen.

Ejemplos:

- "Aquí en el colegio se drogan y ya pues a uno también le dicen que pruebe, y terminé fumando"
- "Muchos amigos lo hacen, yo quería probar"

Tema 3

Consumo de Drogas por evitar despecho (CED)

Este tema se encontró con poca frecuencia, pero no menos importante dentro del discurso de dos adolescentes y que está relacionado al consumo, ya que por situaciones de celos, rompimientos o separación con la novia, el desenlace es el consumo de drogas.

Ejemplo:

- "Cuándo mi novia me terminó, fui a beber"

Tema 4

Consumo de Drogas para Relajarse (CDR)

Este tema aunque se encontró con menos frecuencia dentro del discurso de los jóvenes, no deja de ser importante y está directamente relacionado al consumo de drogas, es debido a que el consumo los hace sentirse tranquilos, relajados y de ésta manera no sienten los problemas.

Ejemplo:

- "A veces me drogo porque estoy estresado o ansioso y eso me calma".

Patrones y Relaciones:

Para establecer los patrones, los temas se relacionaron con el consumo de drogas de acuerdo a la gráfica presentada a continuación. (Ver figura 1)

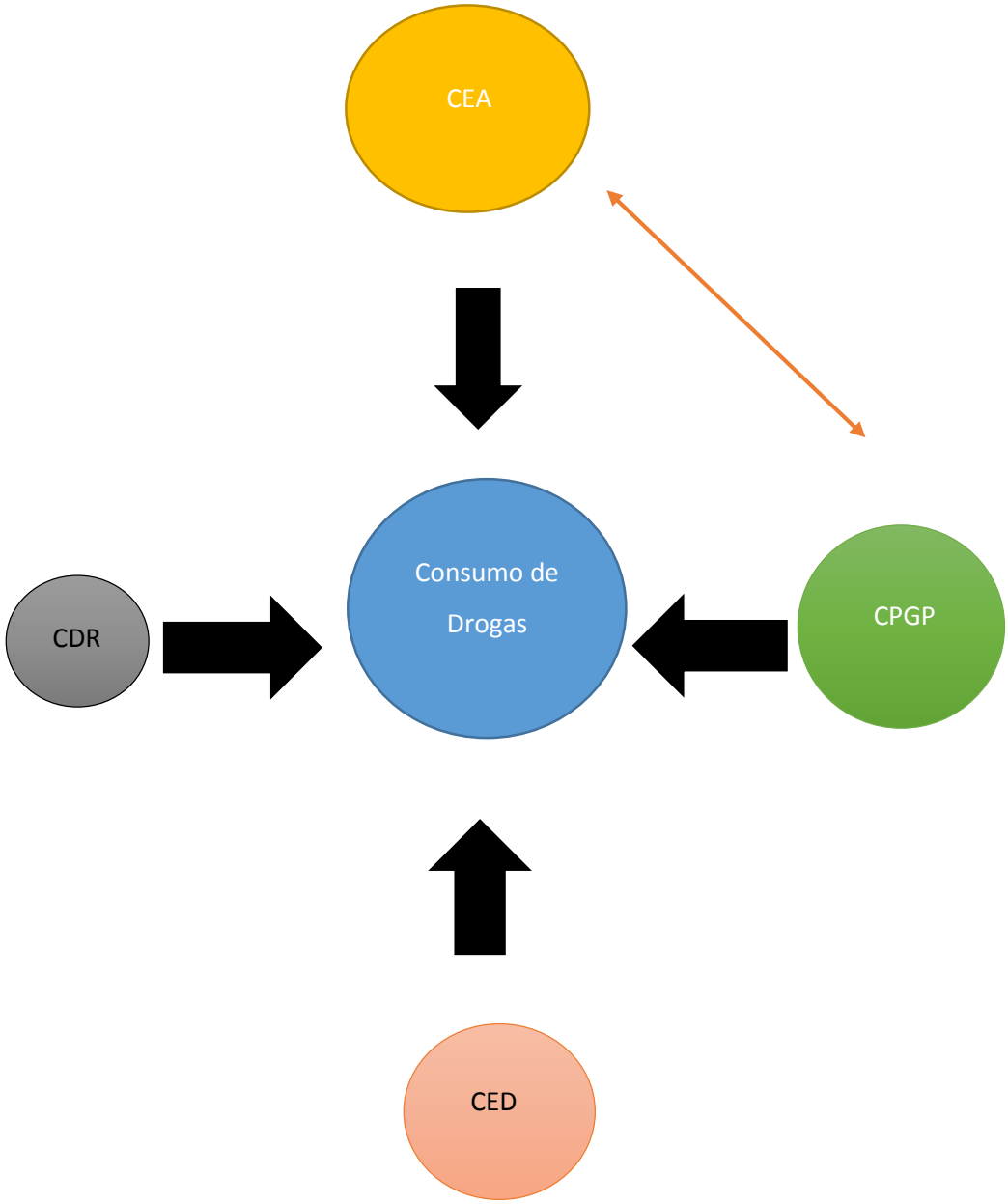

Figura #1

Fuente: Ma. Auxiliadora León

Explicación:

Como podemos observar en el gráfico, tenemos como tema central el "Consumo de Drogas", que de acuerdo a lo manifestado, tanto por recurrencia, como por intensidad, podría tener como principal relación causal el Consumo por evitar el aburrimiento, ya que dentro del discurso de los adolescentes se detectaron en su mayoría pensamientos automáticos asociados a éste tema.

Además otro tema que tuvo mayor participación relacionado al Consumo de Drogas es la presión del grupo de pares, ya que los adolescentes para lograr una aceptación por parte de amigos, terminan consumiendo para pertenecer al grupo.

Otros temas que si bien es cierto, no tuvieron mucha participación pero que no dejan de ser importantes fueron: el Consumo por evitar el Despecho y finalmente, el consumo para relajarse.

A su vez, el consumo por evitar el aburrimiento, se encuentra intrínsecamente relacionado con la presión del grupo de pares, ya que el evitar el aburrimiento genera en los adolescentes que busquen diversión, encontrándolas en fiestas dónde generalmente están asociados a los amigos y es el momento en el que ejercen mayor presión para el consumo.

Se concluye, que según el discurso de los adolescentes, estos pensamientos distorsionados, podrían estar manteniendo o reforzando el consumo de drogas.

3.3. Casos de Estudio:

En éste acápite se presentan los cinco casos de estudio, con sus respectivos datos informativos e historias clínicas.

***Caso 1**

Nombres y Apellidos: Luis Javier

Edad: 16 años

Cursa: Primero de Bachillerato

Fecha de Inicio: 10-11-2015

Demanda:

La institución educativa deriva el caso del adolescente por problemas de consumo de drogas.

Explícita:

Problemas de comportamiento dentro de la Institución Educativa, debido al consumo de drogas.

Implícita:

Mala relación con el padre siente ausencia de él, existe problemas dentro del hogar debido a que el padre consume alcohol y agrede a la madre, paciente desea que cese el maltrato en su casa.

-Antecedentes Disfuncionales:

Paciente refiere que inició su consumo a la edad de 10 años aproximadamente, probando marihuana por influencia de su hermano mayor, A partir de ese momento consume de manera muy ocasional, a decir del paciente una vez al año.

Posteriormente, a la edad de 15 años prueba cocaína, base de cocaína y pastillas que el paciente no es capaz de informar el nombre pues no lo conoce, a partir de esta referencia aprovechando las fiestas, consumo de acuerdo a lo que señala una vez cada dos o tres meses.

Hace cuatro meses lo expulsan del colegio por un periodo de 15 días, por consumo y posesión de Marihuana. Situación que alarmó a su familia y colegio.

Señala que su consumo lo atribuye a la influencia de su hermano mayor, afirma verlo siempre escondido consumiendo marihuana "por tal razón me hizo probar". También lo hizo por curiosidad, debido a que tiene amigos que usan drogas ocasionalmente y para salir del aburrimiento.

En su familia su padre consume alcohol casi todos los fines de semana, consumo que está acompañado de violencia psicológicas a la madre cuando llega a casa.

Por tal motivo el paciente refiere que su consumo lo ayuda como una válvula de escape debido a los problemas dentro del hogar.

-Biografía Psicológica Personal Y Familiar (Genograma)

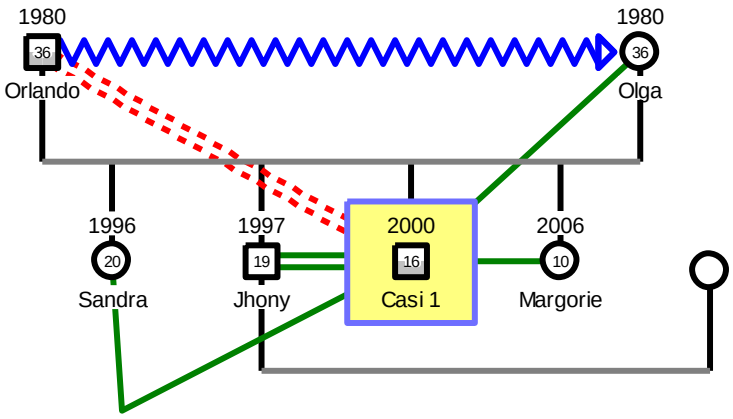

Figura #2

Fuente: Ma. Auxiliadora León

Paciente de 16 años de edad, es el tercero de cuatro hermanos, nació en Cuenca, Provincia del Azuay.

Infancia: Parto normal, hubo lactancia. En su escuela fue víctima de bullying, lo ofendían siempre en la cual lloraba, señala que lo apodaban "Llorón". Era introvertido.

La relación con los integrantes de la familia era buena.

Adolescencia: A la edad de 13 años tiene su primera masturbación, posteriormente tiene relaciones sexuales con su novia y amigas. Su rendimiento académico ha bajado, refiere "que no le gusta estudiar, tiene pereza y es dejado".

Relación buena con su madre y hermanos; con su padre no existe buena relación, manifiesta que no puede conversar con él, siempre pasa trabajando y que casi todos los fines de semana llega ebrio y agrede a su madre verbalmente.

Mantiene una relación estrecha con el hermano mayor, es casado y vive en la parte baja de la casa, menciona que desde que se casó no lo ve con frecuencia como le gustaría, ya que es al único en quién confía y puede conversar. (Ver figura 2)

-Vida social:

Tiene poca vida social, raras veces sale a fiestas con amigos.

-Antecedentes familiares de consumo:

Padre consume alcohol los fines de semana; hermano mayor consume marihuana, estuvo internado en una clínica de adicciones por un periodo de tres meses, salió y recayó inmediatamente.

-Características de la personalidad:

El Adolescente es amistoso un poco introvertido, no tiene ni desea tener novia, dice que es mejor tener amiguitas, señala saber mucho sobre sexo que le gusta practicarlo; afirma querer y ayudar a su madre en casa; señala que le interesa ser un profesional y que más adelante será responsable en sus estudios, que por el momento le da pereza. No realiza ninguna otra actividad fuera del colegio, no le interesa.

-Crisis vitales:

Ninguna

-Crisis accidentales:

Ninguna

-Estilos cognitivos:

Mecanismos de defensa: Formación reactiva, Racionalización e introyección

Distorsiones Cognitivas: Abstracción selectiva y maximización

-Formulación Dinámica del Problema O Trastorno

Adolescente de 16 años de edad, presenta problemas por consumo de cannabis 305.20 (F.12.10), problemática que se viene dando desde los 10 años de edad, luego cocaína y base de cocaína, prueba partir de los 15 años de edad.

Al parecer el usuario siente que no existe una buena relación con su padre, al no ser escuchado por él, ya que le gustaría que mejore la relación, siente abandono por parte del padre.

Paralelo a esto, tiene problemas de conducta en su Institución Educativa, debido a que consumió marihuana dentro de ella, por la cual lo expulsaron 15 días por posesión y consumo.

Debido a la mala relación con su padre y la disfunción que existe dentro de su hogar, utiliza como válvula de escape el consumo, lo cual lo hace salirse de la realidad.

-Formulación Dinámica De La Personalidad:

Paciente con rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva 301.4 (F60.5) con rasgos dependientes 301.6 (F60.7), presenta muchos pensamientos e ideas distorsionadas dentro de sus esquemas mentales. Necesita ser aprobado y apoyado por el resto, principalmente por el grupo primario. Tiene dificultad para tomar decisiones e iniciar actividades o proyectos.

-Pensamientos Automáticos Predominantes:

"Si no me drogo, no sería fiesta"

"Las drogas me hacen salir del aburrimiento"

"La marihuana es sana, porque no tiene químicos"

"Mi padre me abandona, no hablamos, no le importo"

***Caso 2**

Nombres y Apellidos: Luis Pedro

Edad: 17 años

Cursa: Primero de bachillerato

Fecha de Iniciación: 11-11-2015

Demanda:

La institución educativa deriva el caso del adolescente por problemas de consumo de drogas.

Explícita:

Problemas de comportamiento dentro de la Institución Educativa, debido al consumo de drogas.

Implícita:

Preocupación del adolescente, ya que hace dos años concibió una hija con su ex novia, a la que no puede ver ni ser responsable, su grupo primario de apoyo, no sabe sobre la situación.

-Antecedentes Disfuncionales:

Paciente refiere que inició su consumo a la edad de 14 años aproximadamente, probando alcohol y marihuana.

Posteriormente a la edad de 15 años, nuevamente consume marihuana y lo realiza una vez cada tres o cuatro meses. .

Señala, que su consumo lo atribuye, para desinhibirse y dejar de ser tímido, para sentirse bien, debido a que no conoce a su hija, no puede acercarse ni responsabilizarse de ella.

Por tal motivo, el paciente refiere que su consumo lo ayuda a no sentir tristeza y olvidarse de la realidad en la que vive.

-Biografía Psicológica Personal Y Familiar (Genograma)

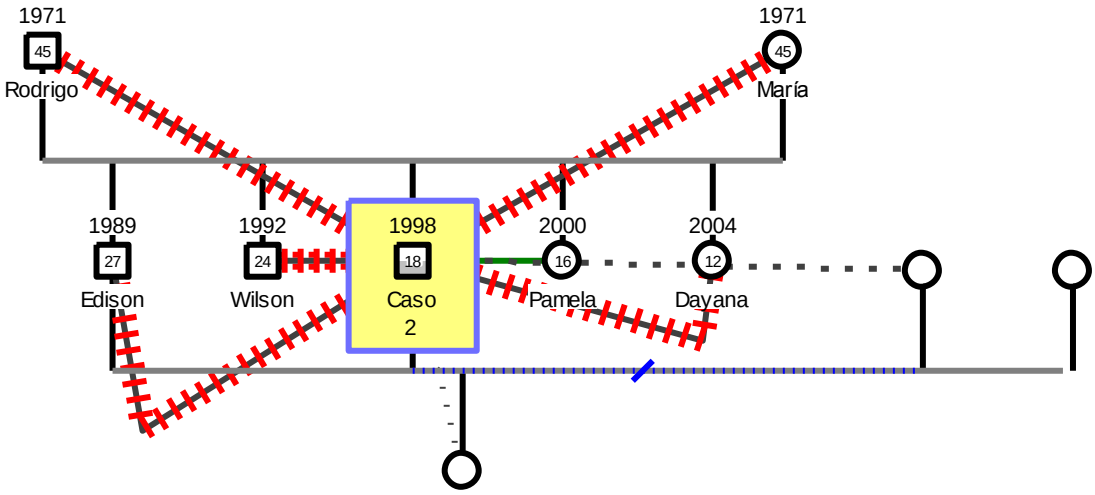

Figura #3

Fuente: Ma. Auxiliadora León

Paciente de 17 años de edad, es el tercero de cinco hermanos, nació en Cuenca, Provincia del Azuay.

Infancia: Parto normal, hubo lactancia. En su escuela fue tímido.

La relación con los integrantes de la familia era buena.

Adolescencia: A la edad de 12 años tiene su primera masturbación, a los 14 años tiene su primera novia, vida sexual normal, actualmente tiene novia está en otro colegio.

Su rendimiento académico es bajo, no tiene buenas relaciones con compañeros debido a que comete bullying, tampoco existe buena relación con profesores. Siempre está a la defensiva con sus compañeros, ante alguna situación reacciona de manera agresiva, ya sea verbal o física.

Relación buena con sus padres y casi todos sus hermanos, a pesar de que desconfía de todos, mala relación con su hermano mayor Wilson.

Es una persona qué no confía en nadie, tiene poca comunicación en casa, es de pocos amigos, ninguno de confianza. (Ver figura 3)

-Vida afectiva:

A la edad de 14 años de edad tiene su primera novia, con la cual experimenta su primera relación sexual, conciben una hija, de la cual huye por temor a la responsabilidad y a no saber qué hacer, señala que se sentía solo sin poder contar con el consejo de alguien, ya que no cuenta sus intimidades a nadie, menos a su familia, por tal motivo, ellos no saben de la existencia de la niña.

-Vida social:

Tiene poca vida social, durante la semana después del colegio se queda en casa y no hace nada. Rara vez sale los fines de semana con amigos a dar una vuelta.

-Antecedentes familiares de consumo:

Ninguno

-Crisis vitales:

Ninguna

-Crisis accidentales:

Ninguna

-Estilos cognitivos:

Mecanismos de defensa: Racionalización, negación, proyección y represión.

Distorsiones Cognitivas: Sobregeneralización, Abstracción selectiva, inferencia arbitraria y razonamiento emocional.

-Formulación Dinámica del Problema O Trastorno

Adolescente de 17 años de edad, presenta problemas por consumo de cannabis 305.20 (F.12.10), problemática que se viene dando desde los 14 años de edad.

Se presume que el usuario siente tristeza y culpa, por no haber enfrentado la responsabilidad para con su hija, a la cual no conoce, abandonó a su madre en cuánto se enteró del embarazo. Le gustaría contar con el apoyo de su familia con respecto a la situación, pero aún no tienen conocimiento de la niña. No sabe cómo enfrentar la realidad ante su familia, desea acercarse a su hija.

Paralelo a esto, tiene problemas de conducta en su Institución Educativa, debido a que no tiene amigos, menos íntimos por que hace bullying a sus compañeros.

-Formulación Dinámica De La Personalidad:

Adolescente con rasgos de personalidad paranoide 301.0 (F60.0), presenta muchos pensamientos e ideas distorsionadas dentro de sus esquemas mentales. Existe desconfianza, reticencia a confiar en los demás, ante la humillación y ofensa reacciona y contra ataca, actúa de modo impulsivo, se deja llevar por las emociones. Tiene problemas para relacionarse con los demás.

-Pensamientos Automáticos Predominantes:

"Consumo drogas para no ser tímido"

"Las drogas me hacen desinhibirme"

"La marihuana me hace sentir bien"

***Caso 3**

Nombres y Apellidos: Luis Alberto

Edad: 15 años

Cursa: Primero de bachillerato

Fecha de Iniciación: 19-11-2015

Demanda:

La institución educativa deriva el caso del adolescente por problemas de consumo de drogas.

Explícita:

Problemas de comportamiento dentro de la Institución Educativa, debido al consumo de drogas.

Implícita:

Susceptible y vulnerable ante la presión de sus compañeros para consumir drogas, siente bullying por parte de ciertos compañeros, no puede defenderse. Se siente no querido por parte de su padre.

-Antecedentes Disfuncionales:

Paciente refiere que inició su consumo a la edad de 15 años aproximadamente, probando marihuana por influencia/presión de sus compañeros y curiosidad propia. Fue su único consumo.

En octubre del 2015, lo expulsan del colegio por un periodo de 15 días, por posesión y consumo de marihuana. Situación que alarmó a su familia y colegio.

Su consumo lo atribuye a la influencia/presión de sus compañeros, manifiesta "que los amigos lo presionaron a fumar hasta que terminó cediendo, y en el fondo sentía curiosidad".

-Biografía Psicológica Personal Y Familiar (Genograma)

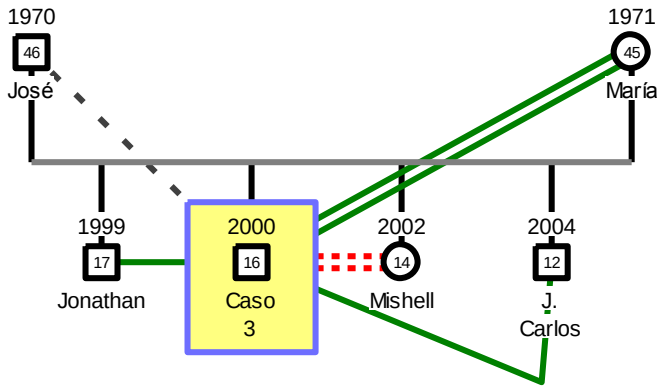

Figura #4

Fuente: Ma. Auxiliadora León

Paciente de 16 años de edad, es segundo de cuatro hermanos, nació en Cuenca, Provincia del Azuay.

Infancia: Cosas que no recuerda de su niñez.

La relación con los integrantes de la familia era buena.

Adolescencia: Normal, rendimiento académico bueno. Considera ser víctima de bullying y no poder defenderse porque se siente débil, Es introvertido.

Relación buena con su madre y hermanos; dice no mantener una buena relación con su padre, manifiesta que él no lo quiere, que no es cariñoso, solo con la hermana, que a ella le da todo.

No tiene novia. (Ver figura 4)

-Vida social:

Tiene poca vida social, entre semana por las tardes no se dedica a nada, raras veces sale los fines de semana con amigos del barrio y pasa con la familia.

-Antecedentes familiares de consumo:

Ningún

-Crisis vitales:

Ninguna

-Crisis accidentales:

Ninguna

-Estilos cognitivos:

Mecanismos de defensa: Introyección, proyección, racionalización.

Distorsiones Cognitivas: Pensamiento dicotómico, abstracción selectiva.

-Formulación Dinámica del Problema O Trastorno

Adolescente de 16 años de edad, no existe problemas de consumo, ya que lo hizo una sola vez probando marihuana.

Adolescente, siente que no existe una buena relación con su padre, no se siente querido ni importante para él.

Paralelo a esto, lo expulsaron del colegio por un periodo de 15 días por posesión y consumo de marihuana.

-Formulación Dinámica De La Personalidad:

Paciente con rasgos de personalidad dependiente 301.6 (F60.7), presenta muchos pensamientos e ideas distorsionadas dentro de sus esquemas mentales. Necesita ser aprobado y apoyado por el resto, realiza tareas desagradables para congraciarse con los demás, se deprime por no sentirse querido por su padre (necesita su aprobación).

-Pensamientos Automáticos Predominantes:

"La marihuana me puso bien y contento"

"Las personas que me rodean son malas"

"Mi padre no me quiere"

"Todos me molestan"

"Mis compañeros me ven la cara"

***Caso 4**

Nombres y Apellidos: Luis Eduardo

Edad: 17 años

Cursa: Primero de bachillerato

Fecha de Iniciación: 06-11-2015

Demanda:

La institución educativa deriva el caso del adolescente por problemas de consumo de drogas.

Explícita:

Problemas de comportamiento dentro de la Institución Educativa, debido al consumo de drogas.

Implícita:

Su hermano mayor es mala influencia ya que tiene problemas de consumo de drogas.

-Antecedentes Disfuncionales:

Paciente refiere que probó alcohol a la edad de 15 años aproximadamente, en una fiesta. A partir de ahí consume raras veces en fiestas de dos a tres veces al año.

Señala que su hermano es una mala influencia en su vida, ya que, es él el que consume drogas.

-Biografía Psicológica Personal Y Familiar (Genograma)

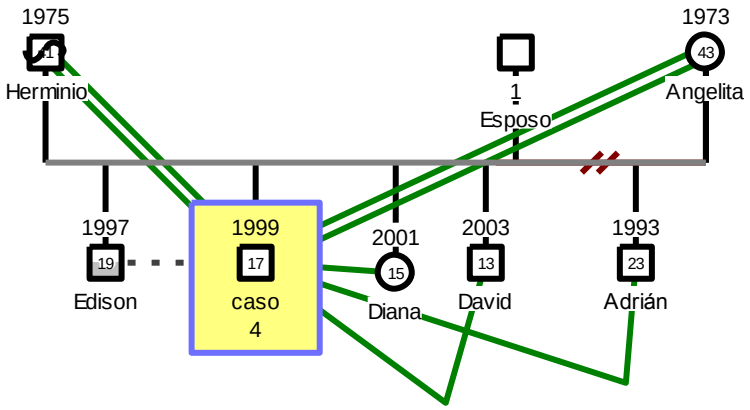

Figura #5

Fuente: Ma. Auxiliadora León

Paciente de 17 años de edad, es el tercero de cinco hermanos, nació en Cuenca, Provincia del Azuay.

Infancia: Normal. No sabe mucho y no recuerda.

La relación con los integrantes de la familia muy buena, su padre viaja a los Estados Unidos por trabajo.

Adolescencia: Normal, propia del adolescente. Su rendimiento académico es bueno.

Su madre anteriormente era casada y tiene un hijo de 23 años. Actualmente es casada con su padre de los cuales son cuatro hermanos.

Relación buena con su madre y hermanos, a pesar de que su padre vive lejos se llevan bien, es cariñoso y responsable con él. Refiere que siempre está pendiente de toda la familia.

Manifiesta que a veces tiene problemas con su hermano mayor Edison, ya que se encuentra cursando el mismo año escolar, está en el otro paralelo y siempre tiene problemas de conducta en el colegio por consumo de drogas. (Ver figura 5)

-Historia Laboral:

Tiene trabajos ocasionales ya que quiere su propio dinero. Los realiza los fines de semana**.**

-Vida social:

Realiza deporte entre semana y fines de semana, sale a fiestas raras veces.

-Antecedentes familiares de consumo:

Hermano mayor consume drogas.

-Características de la personalidad:

El Adolescente es amistoso, tranquilo, responsable. Desea seguir con sus estudios ya que quiere llegar a ser un profesional. También en momentos de ocio siempre trata de ocuparse ya sea en trabajos ocasionales o haciendo deporte.

-Crisis vitales:

Ninguna

-Crisis accidentales:

Ninguna

-Estilos cognitivos:

Mecanismos de defensa: Represión, aislamiento, racionalización e introyección.

Distorsiones Cognitivas: Minimización

-Formulación Dinámica del Problema O Trastorno

Adolescente de 17 años de edad, no presenta problemas por consumo de drogas, ya que según él consume alcohol en fiestas o reuniones de dos a tres veces por año.

El adolescente tiene problemas de relación con su hermano mayor, debido a que él tiene problemas de conducta dentro del colegio, por consumo de drogas.

-Formulación Dinámica De La Personalidad:

Adolescente con rasgos de personalidad obsesivo-compulsivo 301.4 (F60.5), presenta pocos pensamientos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias, es un joven tranquilo, perfeccionista, obstinado, preocupado por las reglas y el orden, responsable, se siente motivado para continuar con sus estudios, cierta dificultad para expresar emociones.

-Pensamientos Automáticos Predominantes:

"El alcohol me agrada porque me hace sentir mejor"

"Me gusta tomar alcohol en fiestas, porque me divierte".

***Caso 5**

Nombres y Apellidos: Luis Enrique

Edad: 15 años

Cursa: Primero de bachillerato

Fecha de Iniciación: 13-11-2015

Demanda:

La institución educativa deriva el caso del adolescente por problemas de consumo de drogas.

Explícita:

Problemas de comportamiento dentro de la Institución Educativa, debido al consumo de drogas.

Implícita:

Problemas en la relación con la figura materna, señala que tiene un mal carácter.

-Antecedentes Disfuncionales:

Paciente refiere que inició su consumo a la edad de 13 años aproximadamente, probando alcohol, posteriormente prueba marihuana. A partir de ahí fuma marihuana cinco veces al año, muchas de las veces dentro del colegio. Alcohol, consume cada mes.

Señala que su consumo lo atribuye a que se encontraba despechado ya que la novia se peleó de él y también por curiosidad.

-Biografía Psicológica Personal Y Familiar (Genograma)

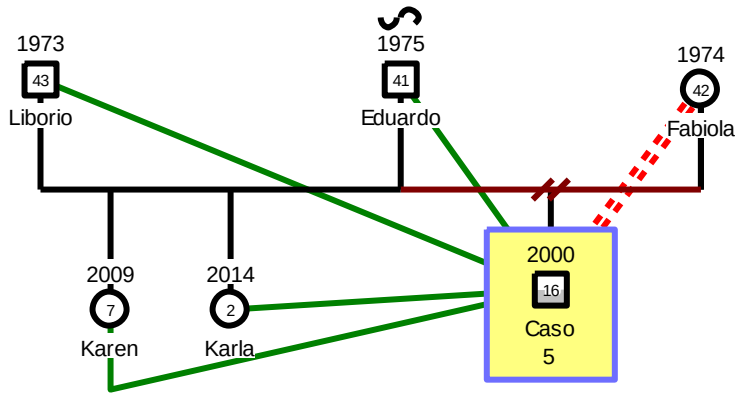

Figura #6

Fuente: Ma. Auxiliadora León

Paciente de 15 años de edad, nació en Cuenca, Provincia del Azuay. Es hijo único del matrimonio anterior de su madre. Actualmente su madre es casada y tiene dos hermanos de esa relación. Su padre biológico reside en los Estados Unidos.

Infancia: Cesárea, hubo lactancia. Sufrió de enuresis, la relación con los integrantes de la familia muy buena.

Adolescencia: A la edad de 13 años tiene su primera masturbación, posteriormente a los 15 años de edad tiene su primera relación sexual. Es extrovertido. Su rendimiento académico es bajo por lo cual su madre quiere sacarlo del colegio. Dentro de la Institución, suele ausentarse de clases dice que a veces no le importa estudiar y que es aburrido. Refiere, que no le gusta que le pongan reglas, tanto en el colegio, como en su casa. No le gusta que le digan lo que tiene que hacer. Con sus compañeros suele estar bien, pero, si algo le molesta termina peleándose.

Relación buena con su padre, padrastro y hermanos; con su madre no existe buena relación, manifiesta que no puede conversar con ella debido a su mal carácter, y que siempre lo hace tener iras, por la cual terminan discutiendo. Él es muy rebelde con ella, y no suele obedecer. (Ver figura 6)

-Vida social:

Realiza actividades deportivas y acude a fiestas los fines de semana.

-Antecedentes familiares de consumo:

Ninguno

-Características de la personalidad:

-El Adolescente es amistoso, extrovertido con sus amigos, suele muchas de las veces pelearse de ellos. Es impulsivo, ya que reacciona inmediatamente de manera negativa, sobre todo cuándo le imponen algo, no le gusta seguir normas y reglas dentro y fuera de su casa, situación que ha generado problemas en su colegio.

-Crisis vitales:

Muerte de su abuelo materno, hace tres años.

-Crisis accidentales:

Ninguna

-Estilos cognitivos

Mecanismos de defensa: Negación, racionalización, formación reactiva y proyección.

Distorsiones Cognitivas: Pensamiento dicotómico.

-Formulación Dinámica del Problema O Trastorno

Adolescente de 16 años de edad, presenta problemas por consumo de alcohol y cannabis 305.20 (F.12.10), problemática que se viene dando desde los 13 años de edad.

Al parecer el adolescente no tiene una buena relación con su madre, refiere que tiene mal carácter y que no puede conversar con ella, le gustaría que mejore la relación,

problemas de relación con la novia, cuándo existe separación e inmediatamente busca el consumo de alcohol.

-Formulación Dinámica De La Personalidad:

Paciente con rasgos de personalidad límite 301.83 (60.3), presenta muchos pensamientos e ideas distorsionadas dentro de sus esquemas mentales, actúa de modo impulsivo no puede controlarse, extrovertido, se auto agrede y existe inestabilidad emocional.

-Pensamientos Distorsionados Predominantes:

"Tomo cuándo me peleo de mi novia"

"Cuándo discuto con mi madre, me salgo por su mal carácter, y me voy con mis amigos a consumir marihuana"

"Empecé consumiendo drogas, por la curiosidad que tenía de saber cómo era"

3.4. Rasgos clínicos determinantes:

Guía para el diagnóstico clínico DSM - 5:

Para la identificación de rasgos clínicos que presentaron los estudiantes sobre el consumo de drogas, se utilizó la Guía para el diagnóstico clínico DSM – 5- TR.

Criterios del DSM-5 para el Trastorno por Consumo de Sustancias:

Dos o más criterios del trastorno por consumo de sustancias en un periodo de 12 meses.

- Uso peligroso
- Problemas sociales e interpersonales relacionados con el consumo
- Descuido de responsabilidades a causa del consumo
- Síntomas de abstinencia
- Tolerancia
- Usa mayor cantidad, más tiempo
- Intentos repetidos de dejarlo/controlar el consumo

- Consume mucho más tiempo del que pensaba
- Consumo a pesar de existir problemas físicos/psicológicos relacionados con el consumo
- Comportamientos de búsqueda (craving)
- inversión de mucho tiempo para conseguir o consumir la sustancia

En ninguno de los casos cumplen con los criterios de diagnóstico para un trastorno de consumo de sustancia, sin embargo existen varios rasgos clínicos de interés y preocupación por la edad de los participantes. (Ver tabla 1)

Tabla 1

Rasgos Clínicos

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Tiempo de consumo: Hace tres años, no es prolongado ni en grandes cantidades, una vez cada tres o cuatro meses.	Tiempo de consumo: Hace dos años, no es prolongado ni en grandes cantidades, cuatro o cinco veces al año.	Tiempo de consumo: Hace cuatro meses, fue su primera vez.	Tiempo de consumo: Hace dos años, no es prolongado ni en grandes cantidades, una vez cada dos meses.	Tiempo de consumo: Hace dos años, una o dos veces al mes.
Expulsión del colegio por consumo y posesión de Marihuana, dentro de la institución.	Consumo de marihuana en ocasiones dentro de la Institución Educativa.	Expulsión del colegio por consumo y posesión de marihuana, dentro de la Institución.		Consumo de marihuana, en ocasiones dentro de la Institución Educativa.

Fuente: Ma. Auxiliadora León

3.5. Propuesta de Intervención

Se aplica la intervención psicoterapéutica para trabajar en los pensamientos distorsionados de cada sujeto, en consulta individual privada, por demanda de las autoridades de la Institución Educativa y seleccionados previamente por el D.E.C.E.

Se acordó una cita semanal, con sesiones de 40 minutos de duración, por un periodo de cuatro meses. Se inició en las primeras sesiones, establecimiento de raport, información a cada adolescente sobre cómo se llevará a cabo el proceso y se realizó las historias clínicas diseñadas para la obtención de información específica de los sujetos:

(Ver tabla 2 y 3)

***Todos los Casos:**

Sesión 1 a 3

Objetivos: Establecimiento de raport, encuadre e historia clínica.

Actividades: Técnica de respiración y relajación muscular progresiva, recolección de datos y entrevista clínica.

Evolución:

Caso 1.

Existió un buen establecimiento de raport, hubo confianza y apertura al dialogo, sin embargo, el encuadre no fue receptado del todo al mencionar las tares intercesiones ya que se asoció a las tareas escolares, una vez explicado el sentido de estas actividades no disminuyo su inconformidad, la historia clínica se desarrolló con normalidad el participantes aportó con información importante y precisa. La asistencia fue regular y puntual, se mostraba gustoso de empezar con las sesiones

Caso 2

No existió un buen raport ya que el adolescente es desconfiado, el diálogo fue pobre debido a su timidez, se realizó técnica de relajación y respiración muscular progresiva para que él joven esté tranquilo y relajado, el encuadre no fue entendido del todo, confunden las actividades terapéuticas con las tareas del colegio, a medida que pasa el tiempo mejora el raport y la confianza. Las actividades para la casa, se realizan pero no

del todo, olvida hacerla. La historia clínica se desarrolla con normalidad, puntual asistencia.

Caso 3

Existió un buen establecimiento de raport, hubo confianza y apertura al dialogo, adolescente un poco nervioso, por lo tanto se aplicó técnica de relajación y respiración muscular progresiva. El encuadre fue muy bien entendido, la historia clínica se desarrolló con normalidad. La asistencia regular. Se mostró accesible y gustoso de colaborar.

Caso 4

Existió un buen establecimiento de raport, hubo confianza y apertura al dialogo. El encuadre fue muy bien entendido, la historia clínica se desarrolló con normalidad, aportó con información relevante. La asistencia fue puntual, Se mostraba gustoso de empezar con las sesiones.

Caso 5

Existió un buen establecimiento de raport, hubo excelente confianza y apertura al dialogo, bastante accesible y comunicativo. El encuadre fue muy bien entendido, la historia clínica se desarrolló con normalidad, aportó con información importante. La asistencia fue puntual. Se mostró accesible y gustoso de colaborar.

***Todos los casos:**

Sesión 4 a 6:

Objetivos*:* Modificación pensamientos automáticos distorsionados, relacionados con el consumo de sustancias.

Actividad: Registro de pensamientos automáticos (Tarea para la casa) y análisis conjuntamente con los adolescentes de los pensamientos automáticos.

Evolución:

Caso 1

Se realizó la actividad en casa (Registro de pensamientos) y dentro de la sesión se fue analizando los pensamientos registrados, buena apertura y entendimiento por parte del adolescente, fue comprendiendo mejor el porqué de las tareas en casa. Puntual asistencia.

Caso 2

No realizó la actividad en casa, se la hizo dentro de la quinta sesión, no hubo buena disposición para trabajar, poco interesado. Al final de la sexta sesión se logró realizar los análisis de pensamientos automáticos, en dónde ya se sintió más cómodo e implicado en la actividad. Entendió mejor sobre los pensamientos, emociones y conductas. Puntual asistencia.

Caso 3

Gustoso e implicado de colaborar con la terapia, realizó la actividad en casa, se examinó el registro de pensamientos durante las sesiones, existió un buen entendimiento de lo que se quiere lograr con la tarea, sobre la modificación de los pensamientos, captó muy bien y trabaja para su modificación. Puntual asistencia.

Caso 4

Buena disposición para trabajar, realizó muy bien la actividad para la casa, se examinó el registro de pensamientos dentro de las sesiones, en la cual entendió muy bien lo que se quiso modificar. Es el adolescente con menos problemas y el más interesado en colaborar. Puntual asistencia siempre.

Caso 5

Buena disposición para trabajar, en la cuarta sesión olvidó su tarea, así que se trabajó dentro de la sesión para su registro, siguientes sesiones se examinaron y analizaron los pensamientos automáticos, se enseñó a cómo trabajar con los mismos, adolescente comprende la actividad. Se envió nuevamente la misma actividad para la casa. Puntual asistencia.

Tabla 2

Objetivos, actividad, evolución y recursos:

- **Sesión 7 a 9**

La descripción de estas sesiones se efectuará por caso debido a que se fueron particularizando las intervenciones debido a las diferentes demandas y necesidades.

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Objetivo: Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias
Actividad: Pastel de responsabilidades o Reatribución	Pastel de responsabilidades o Reatribución.	Pastel de responsabilidades o Reatribución.	Pastel de responsabilidades o Reatribución.	Pastel de responsabilidades o Reatribución.
Evolución: Tuvo ciertos inconvenientes ya que le cuesta aceptar la responsabilidad sobre sí mismo.	Asume la responsabilidad de sus acciones. Mejoras en la confianza, puede comunicarse mejor, la timidez continúa. Puntual asistencia.	Culpa al mundo externo sobre todo lo que le sucede, ya sea, a sus compañeros, familia y autoridades de su institución educativa. Se continúa con la misma actividad.	Atribuye la responsabilidad de sus acciones a sí mismo y a veces al mundo externo, en éste caso, a la influencia de amigos.	Asume mayoritariamente la responsabilidad de sus acciones.
Objetivo: Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias Se continúa con el análisis de pensamientos automáticos.	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias Se continúa con el análisis de pensamientos automáticos.
Actividad: Se continúa con los análisis de los pensamientos automáticos**,** identificar las creencias personales básicas con la técnica flechas descendentes**.**	Análisis de pensamientos automáticos, conjuntamente con el adolescente.	Pastel de responsabilidades o Reatribución.	Análisis de pensamientos automáticos, conjuntamente con el adolescente.	Análisis de pensamientos automáticos, conjuntamente con el adolescente.
Evolución: Se logra un mejor entendimiento a través de ésta	Buen entendimiento de qué son los pensamientos automáticos, lo que	Se produjo insight, en la cual asumió ciertas responsabilidades, ya que no todos sus	Se logra trabajar bien con los pocos pensamientos automáticos registrados, debido a	Buen entendimiento y comprensión sobre cómo trabajar con los pensamientos

técnica sobre cómo ir identificando sus pensamientos distorsionados e ir modificándolos	generan y cómo manejarlo.	problemas dependían del mundo externo, sino, también de sí mismo.	que él adolescente no presenta problemas que generen preocupación.	automáticos, lo que generan y cómo manejarlos.
Objetivo: Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias
Actividad: Se continúa con los análisis de los pensamientos automáticos**,** identificando las creencias personales básicas, con la técnica flechas descendentes**.**	Se sigue trabajando analizando los pensamientos automáticos**, se** identifica las creencias Personales básicas, con la técnica flechas descendentes**.**	Se continúa con los análisis de los pensamientos automáticos**,** identificando las creencias personales básicas, con la técnica flechas descendentes**.**	Análisis de pensamientos automáticos, emociones y conductas.	Se continúa con análisis de pensamientos, emociones y conductas.
Evolución: Buena disposición para trabajar, maneja mucho mejor la actividad en la modificación de pensamientos e identifica la creencias que lo llevaron a esos pensamientos.	Con la ayuda de la técnica se logró identificar creencias que lo llevaron a esos pensamientos automáticos. Menor manejo de sus emociones y conductas a través de la modificación de sus pensamientos.	No se pudo identificar creencias sobre el porqué de sus pensamientos, pero se siguió realizando la misma técnica en las siguientes sesiones, en la cual existió un avance al examinar y analizar.	Adolescente con problemas pequeños pero no de menor importancia, en la cual ha entendido el manejo de la modificación de pensamientos automáticos distorsionados.	Se siguió analizando pensamientos automáticos, en la cual él adolescente va entendiendo poco a poco el manejo de ellos, para obtención de resultados diferentes.
Recursos: Tuvimos problemas de logística, en la cual se tuvo que cambiar de lugar para la sesión.	Problemas de logística, la sesión se la realizó fuera del colegio.	Problemas logísticos, en la cual se tuvo que cambiar de lugar para continuar con la sesión fuera del colegio.	No se ha suscitado problema alguno. Colaborador y puntual	Problemas logísticos, en la cual se tuvo que cambiar de lugar para continuar con la sesión fuera del colegio.

Fuente: Ma. Auxiliadora León

Tabla 3

Sesión 10 a 12:

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Objetivo: Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de sustancias.
Actividad: Se continúa con los análisis de los pensamientos automáticos**,** identificando las creencias personales básicas, con la técnica flechas descendentes**.**	Se continúa con los análisis de los pensamientos automáticos**,** identificando las creencias personales básicas, con la técnica flechas descendentes**.**	Se continúa con los análisis de los pensamientos automáticos**,** identificando las creencias personales básicas, con la técnica flechas descendentes**.**	Técnica flecha descendente para identificar creencias personales básicas.	Se continúa con los análisis de los pensamientos automáticos**,** identificando las creencias personales básicas, con la técnica flechas descendentes**.**
Evolución: Buena disposición para la terapia, se logró identificar creencias personales, se sigue trabajando en la modificación de pensamientos.	Buena disposición para la terapia, se logró identificar creencias personales que reforzaban sus pensamientos, mejor entendimiento para la modificación de los mismos. Puntual asistencia.	Buena disposición para trabajar, entendió e identificó de a poco las creencias personales que refuerzan sus pensamientos, sigue trabajando en su modificación.	Buena disposición para trabajar, siempre colaborador y entiende muy bien la actividad, comprende sobre las creencias personales que refuerzan sus pensamientos, sabe cómo modificarlos. Con este adolescente no existen problemas.	Buena disposición para trabajar, el adolescente identificó poco a poco las creencias personales que refuerzan sus pensamientos, continúa trabajando en ello.
Recursos: Ningún inconveniente	Problemas de logística, la sesión se llevó acabo fuera del colegio.	Problemas logísticos, la sesión se realizó fuera del colegio.	Problemas logísticos, la sesión se llevó a cabo fuera del colegio.	Problemas de logística, la sesión se realizó fuera del colegio.
Objetivo: No se realizó la sesión debido a que el adolescente fue	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de drogas.	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de drogas.	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de drogas.	Modificación de pensamientos automáticos distorsionados relacionados con el consumo de drogas.

expulsado del colegio. **Actividad:** Ninguna actividad por lo mencionado anteriormente. **Evolución:**	Se continúa analizando pensamientos automáticos y modificando, con la técnica flecha descendente. Debido a que el adolescente no supera su timidez, y desea poder comunicarse mejor, se realiza la técnica juego de roles, para mejorar la comunicación con sus padres. El adolescente se encontraba un poco rebelde y frustrado durante la sesión, debido a que le parecía complicada la técnica "Juego de roles" precisamente por no saber cómo comunicarse asertivamente con sus padres. El análisis de pensamientos y la búsqueda de creencias personales se lograron identificar.	Se continúa analizando pensamientos automáticos y modificando con la técnica flecha descendente. Buena disposición para trabajar, mediante las técnicas existió mejor comprensión de pensamientos distorsionados, se logró identificar creencias personales. Hay una mejoría en su modificación.	Se continúa analizando pensamientos automáticos y modificando con la técnica flecha descendente Siempre con buena actitud para trabajar, excelente comprensión de modificación de pensamientos, se logró identificar creencias personales.	Se continúa analizando pensamientos automáticos y modificando con la técnica flecha descendente. Buena actitud para la terapia, logró identificar las creencias personales que refuerzan sus pensamientos negativos, mejor comprensión para su modificación.
Objetivo: Conocer cuánto aprendizaje, detección y modificación alcanzaron **Actividad:** Retroalimentación	Conocer cuánto aprendizaje, detección y modificación alcanzaron Retroalimentación	Conocer cuánto aprendizaje, detección y modificación alcanzaron Retroalimentación	Conocer cuánto aprendizaje, detección y modificación alcanzaron Retroalimentación	Conocer cuánto aprendizaje, detección y modificación alcanzaron Retroalimentación

Evolución: No se pudo concretar, adolescente expulsado del colegio.	Regular aprendizaje, detección y modificación de pensamientos. Falta trabajar un poco más.	Buen aprendizaje, detección y modificación de pensamientos.	Excelente aprendizaje, detección y modificación de pensamientos.	Buen aprendizaje, detección y modificación de pensamientos. Aún se debe trabajar.

Fuente: Ma. Auxiliadora León

3.6. Evaluación del proceso de Intervención:

Caso # 1

A través de las sesiones, se observó un progreso lento en el adolescente, el consumo de drogas ha disminuido, pero no el comportamiento dentro de la institución (fue expulsado por consumo y posesión de marihuana, un mes antes de iniciar la intervención), se ha trabajado dentro de las sesiones con relación al tema, con respecto al trato con su padre no mejoró, ya que señala que él no pone de parte, pero afirma que su cambio lo realizará por él mismo, se recomendó actividades deportivas por las tardes, en las que su madre no pudo ayudar por motivos económicos, no se sintió apoyado ni motivado. Existió interés en las terapias, lamentablemente, las dos últimas sesiones se vieron interrumpidas, debido a que el adolescente fue expulsado nuevamente de la institución, por consumo de marihuana dentro del colegio.

Caso #2

Durante las primeras sesiones existieron inconvenientes, debido a que el adolescente es tímido y desconfiado al hablar de su vida y problemas, señala que anteriormente le fallaron ese es el motivo de su desconfianza. A medida que pasaba el tiempo durante las actividades, su timidez fue disminuyendo y hablaba tranquilamente. Existió buena comprensión con relación a las tareas de intercesión, refiere que el consumo de drogas disminuyó, “pues no he consumido nada en todo el tiempo de terapia”. Con respecto a mejorar la comunicación con sus padres, no ha sido satisfactorio, todavía tiene inconvenientes para hablarles de los problemas que lo aquejan, cuenta que espera hacerlo muy pronto, con la ayuda de varios entrenamientos de la técnica “juego de roles”.

Caso #3

Al inicio de las sesiones el adolescente no se sentía cómodo y se encontraba nervioso, conforme pasaban los días podía comunicarse mejor y fueron desapareciendo los nervios. En el transcurso de las terapias se notaba muchas mentiras, ya que siempre contaba que era víctima de bullying, situación que se esclareció posteriormente, ya que él incitaba a sus compañeros a que lo agredan. Las tareas de intercesión casi no se cumplieron, así que se las realizaba dentro de la terapia, buena comprensión para detectar los pensamientos y creencias personales, se logró su modificación. El consumo de drogas cesó completamente, tomando en cuenta que solo probó una vez, el día en que fue expulsado de la institución.

Caso #4

El progreso del adolescente fue muy satisfactorio, debido a que él consumo de alcohol era mínimo, no hubo problemas que refuercen el consumo a pesar de la mala influencia de su hermano mayor, describe "Él se porta mal siempre y creo que anda en vicios". Interesado en las sesiones, cumplía con las tareas y existió buena comprensión con respecto a la detección de pensamientos negativos y su modificación. Se sugirió actividades después del colegio, en la que asiste hacer deporte (le apasiona el futbol), los fines de semana también realiza ciertos trabajos, señala que necesita dinero y que le gusta hacerlo. Fue el único joven con el que no se tuvo problemas en ninguna sesión, según sus maestros y compañeros su comportamiento y rendimiento escolar es bueno.

Caso #5

El progreso del adolescente es lento, aún comenta que cuándo pelea con su novia su desenlace es consumir alcohol, durante las sesiones siempre se mostró interesado, conversa de su vida sin problema alguno. No tiene pena de manifestar sus malestares, es bastante abierto y accesible. La relación con su madre va mejorando de a poco, señala que aún tiene ese mal carácter que nadie le podrá cambiar, pero que él trabaja en sus pensamientos y emociones para no actuar impulsivamente. También se le sugirieron actividades después del colegio y asiste por las tardes a jugar futbol en su barrio, acude a fiestas, pero indica que evita el consumo de drogas.

3.7. Resultados:

Podemos decir que se consiguió en casi todos los casos, detectar cuáles son los pensamientos y emociones que tienen los adolescentes con problemas de consumo de drogas, basados en las entrevistas profundas, se logró describir los pensamientos automáticos y explorar las emociones negativas que estaban asociados al consumo. Se pudo evidenciar las evoluciones, retrocesos, así como estancamientos, durante estos cuatro meses de intervención.

Listado de pensamientos automáticos:

"Creo que beber y fumar me puso así de divertido"

"Debe ser rico (Marihuana)"

"Debe ser bueno (Marihuana), por eso me da mi hermano"

"No va a pasar nada"

"Por qué pelean tanto mis padres"

"Es un infierno ésta casa, me aburre"

"Pienso en diversión y fiesta"

"Salir a divertirme, igual no hago nada en casa"

"Pero si la marihuana es sana, no es mala para la salud…te calma"

"Le van a contar a mis padres"

"Pero si eso me hace sentir bien y desinhibido"

"Me voy a divertir consumiendo"

"Estaba muy asustado, qué dirán mis padres"

"Peleando con éste… me desquito todo"

"Cómo hablo con ellas (las chicas), no quiero ser tímido"

"Voy a fumar marihuana para poder hablarles y no ser tímido"

"Uyyyy!!…le van a contar a mi mamá"

"Me van a expulsar del colegio por fumar"

"Yo no quise fumar, pero me obligaron"

"Porqué me dirán que fume, ha de ser bueno"

“A lo mejor tenga otro novio que le guste”

“El alcohol me desinhibe, me pone bien y contento”

“Por qué no me mandan a fiestas, allí me divierto bebiendo”

“Creo que ya no me quiere, debe tener otro novio mejor que yo”

“Ahora sí que está molesta (Mamá)”

“Yo pensé, pero no hice eso (fumar marihuana en el colegio)”

“Me van a culpar van a decir que yo también fumé en clases”

“Me hará sentir mejor”

“Me relajará”

“Creo que la está llamando otro chico a mi novia…me va a dejar”

“Le gusta otro”

“Todos mis amigos fuman, por qué yo no”

CONCLUSIONES

Cada vez es mayor el interés de la comunidad científica, en interpretar, entender y trabajar sobre los pensamientos automáticos y la posibilidad de que se agudicen, sean complejos y se conviertan en patología, de tal manera que hacer una buena intervención con la aplicación de técnicas cognitivas de Aarón Beck en adolescentes con problemas de Consumo de drogas, ayudaría a disminuir factores asociados a ésta problemática, tal como se evidencia en ésta investigación.

El objetivo fue cumplido en su totalidad, ya que a través de éste proceso de intervención en Adolescentes, se pudo detectar y saber cuáles son los pensamientos automáticos que están asociados al consumo de drogas.

Aunque los pensamientos automáticos distorsionados no pueden ser considerados causas del consumo de drogas, en los casos evidenciamos, que se encuentran asociados o son factores mantenedores del problema.

Las intervenciones de las Técnicas Cognitivas de Aarón Beck, tienen un efecto positivo en el cambio de los pensamientos automáticos distorsionados.

Las estrategias de intervención planteadas, no son las únicas, pero sí las más sencillas y eficaces, desde los resultados obtenidos en ésta práctica, para trabajar sobre los pensamientos automáticos, emociones distorsionadas y la manera de combatirlos, sin que incurran mayormente en su vida cotidiana.

Para algunos de los adolescentes les era difícil darse cuenta de los pensamientos automáticos que les generaban emociones negativas, mencionaron que para ellos les fue muy importante darse cuenta de sus pensamientos, nunca antes lo habían hecho.

Se pudo observar que las emociones negativas derivadas de los pensamientos Automáticos presentados por los adolescentes, disminuyeron gradualmente.

Se pudo evidenciar en algunos casos, cambios en sus pensamientos, ya que se disminuyó el consumo.

Dentro de la intervención desde éste modelo Cognitivo, se pudo combinar otras técnicas ajenas a éste enfoque, que aportaron desde su inicio para establecer un buen raport y empatía.

Las intervenciones y cambios que se observaron fueron diferentes en cada uno de los adolescentes, esto se debió a sus rasgos de personalidad, algunos estaban más interesados que otros y predispuestos a trabajar. Mientras que otros, raras veces estaban con buena actitud y colaboración dentro de las sesiones.

RECOMENDACIONES

Para trabajar con los adolescentes se debería considerar el modelo Cognitivo Conductual de Aarón Beck, debido a que es breve, eficaz y se orienta en el presente.

En ésta etapa de la adolescencia, por sus cambios hormonales, identificación, procesos cognitivos y el sentido de pertenencia se hace más compleja la intervención, por tanto se debe procurar trabajar un poco más con ellos, tener la mejor actitud y paciencia, para que se pueda lograr un buen trabajo.

Cuándo se realice una intervención con técnicas Cognitivas a Adolescentes, tomar en cuenta al momento de explicar el encuadre "con respecto a las actividades a realizarse", ya que los sujetos confunden las tareas de intercesiones con tareas académicas, esto puede intervenir en el proceso.

A Las autoridades del Centro Educativo "Javeriano", se recomienda mayor preocupación en brindar atención psicológica a los adolescentes, ya que lo requieren, puesto que carecen de un profesional en la rama.

Se debería emplear un programa de actividades de ocio, dentro de la institución académica, puesto que los adolescentes necesitan mantenerse ocupados, ya que el mismo hecho de no realizar alguna actividad conlleva a malos hábitos, como lo es el consumo de drogas.

A los padres de los adolescentes, estar más implicados en la vida académica, personal y social de sus hijos, esto ayudaría a que se informen de sus necesidades y problemas y así busquen apoyo para una mejor orientación.

A las autoridades de la parroquia Sayausí, se solicita mayor control en la comunidad, debido a que existe microtráfico, en la cual hay facilidad para que los adolescentes adquieran cualquier tipo de drogas, e incluso dentro de las instituciones educativas.

Padres de familia, ser flexibles ante las demandas de sus hijos en momentos de ocio, así aportarían a que los jóvenes se mantengan activos y ocupados fuera del colegio.

Generar una cultura en la que las personas soliciten y acudan a ayuda profesional psicológica, e insertarla en la idiosincrasia de las personas, de ésta manera se lograrían mejores procesos de intervención y no esperar a que se convierta en una patología.

Referencias Bibliográficas:

Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. Buenos Aires. Recuperado de http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf

El consumo de drogas en adolescentes. (2013). Diario la Hora. Recuperado de http://lahora.com./index./noticias/show/1101503438/-1/El_consumo_de_drogas_en_adolescentes.html

Gómez, R. Á. (2008). Abuso y consumo de drogas. Creencias y vulnerabilidad. In *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://www.aacademica.org/000-032/181.pdf

Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias.*Intersecciones Psicológicas, 3*, 5-8. Recuperado de http://www.intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_n_3.pdf#page=5

Laespada, M. T., Arostegi, E., & Iraurgi, I. (2004). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en los jóvenes de la CAPV. *Observatorio Vasco de Drogodependencias, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Vitoria-Gasteiz: Editorial Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*. Recuperado de http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf

Mangrulkar, L., Whitman, C. V., & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. OPS. Recuperado de http://www.deciencias.net/convivir/1.documentacion/D.habilidades/Habilidades(2001)OMS,65p.pdf

Piaget, J., & TEORICOS, A. (1976). Desarrollo cognitivo. *España: Fomtaine*. Recuperado de http://cmapspublic3.ihmc.us/rid=1GLSVP9CH-PV9NK9-H11/Desarrollo%20Cognitivo.pdf

Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes: lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. Editorial Tebar. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=lang_es&id=QhebSRevtqMC&oi=fnd&pg=PA11&dq=adolescentes+y+drogas+en+Ecuador&ots=Sn2gt-bEKK&sig=vmFskxxknnpi_zcYrOxjpqfAQAU#v=onepage&q=adolescentes%20y%20drogas%20en%20Ecuador&f=false

Rojas, L. (2007). FASES DEL PROCESO DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DE BECK. Recuperado de http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1064/1/06249.pdf

Sánchez, J. J. R., & Sánchez, J. J. C. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. R&C Editores. Recuperado de http://biblioteca.iesit.edu.mx/biblioteca/L00915.PDF

Zumalde, E. C., & Gutiérrez, A. E. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, *21*(1), 49-56. Recuperado de http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/251/240

ANEXOS

FORMATO DE CONCENTIMIENTO

Fecha:

Yo, con documento de identidad C.C certifico_____ que he sido informado(a) con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el estudiante. Me ha invitado a participar, que actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma: Firma del alumno (a):

Registro de pensamientos:

NOMBRE:

FECHA	SITUACIÒN	PENSAMIENTOS AUTOMÀTICOS	EMOCIONES	CONDUCTAS
	Describe: 1. Lo que ha pasado. 2. Lo que ha estado haciendo pensando o imaginando	1. Escribe qué pensamientos ha tenido 2. Valore cuánto ha creído en cada uno de ellos (de 0 a 100 %)	1. Especifique que ha sentido (tristeza, ansiedad, rabia, etc) 2.Valore la intensidad de cada emoción (0 a 100)	1. Especifique lo que hace 2. Cuánto dura su conducta 3. Qué consecuencias tiene su comportamiento, qué pasa después?

PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIÓN

NOMBRES:……

EDAD:……MES:……

Fecha	Objetivos	Actividad	Evolución	Recursos

Formato de Historia Clínica:

HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA PE-007

1.- DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos: .....
Fecha y lugar de nacimiento:.....Edad:..... Sexo:.....
Domicilio:..... Teléfono:.....
Profesión y ocupación:..... Desocupado por adicción si..... no.....
Estado civil:.....Religión:.....Instrucción:.....
Personaresponsableencasonecesario:.....Relación:.....
Dirección:.....Teléfono:.....
Fecha de ingreso:.....Fecha de Evaluación:.....Tiempo de consumo:.....

2.- MOTIVO DE CONSULTA ¿Qué le ocurrió?, ¿Desde cuándo?, ¿A qué lo atribuye?

.....
.....
.....
.....
.....

3.- FUENTE DE INFORMACIÓN

Directa.....
Indirecta.....
Mixta.....

4.- HISTORIA DE ENFERMEDAD

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.- TRATAMIENTOS RECIBIDOS

.....
.....
.....

6.- ANTECEDENTES PERSONALES

A.- INFANCIA. Datos (prenatales, natales, postnatales, parto, lactancia, desarrollo psicomotor, enfermedades). Signos psicopatológicos infantiles (aislamiento, enuresis, terrores nocturnos, temor, timidez, sadismo, introversión, hiperactividad, fobia escolar, tendencia a la mentira y robo), Relaciones afectivas con padres, hermanos u otros niños; Educación escolar (edad de inicio, rendimiento, comportamiento.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

B.- ADOLESCENCIA. (Pubertad, educación, rendimiento, adaptación, curiosidad sexual, grado de información, actividad sexual, masturbación, conflictos).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C.- ADULTEZ: (Adaptación heterosexual, actividad sexual, disfunciones sexuales, relaciones extramatrimoniales, conflictos).

.....
.....
.....
.....
.....
.....

D.- VIDA AFECTIVA Y CONYUGAL: (Enamoramientos, noviazgo, matrimonio, separaciones, divorcios, hijos, conflictos).

.....
.....
.....

E.- HISTORIA LABORAL: (Le gusta, estabilidad, cambio de trabajos, conflictos).

.....
.....
.....

F.- VIDA SOCIAL: (Intereses, que hace en los tiempos libres, sintonía social, contactos sociales tanto de consumo como no consumidores, situación socio económica).

.....
.....
.....

G.- PATOLOGIA ANTERIOR, ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO.

.....
.....
.....

H.- CRISIS VITALES:

.....
.....
.....

I.- CRISIS ACCIDENTALES:

.....
.....
.....

J.- MECANISMOS DE DEFENSA RELEVANTES:

.....
.....

8.- EXAMEN DIRECTO Y DE LAS FUNCIONES MENTALES:

A.- INSPECCION GENERAL: Aspecto general, anomalías físicas, vestimenta, aseo personal.

.....
.....
.....

FORMADE RELACION: colaboración, resistencia, rechazo, mutismo, negativismo Agresividad, sarcasmo, pegajosidad, colaboración excesiva.

.....
.....
.....

C.- EXPRESION Y LENGUAJE: Abatimiento, tensión, perplejidad, suspicacia, enfado, preocupación, verborrea, grosería u obscenidad, disartria, afasia.

.....

.....

D.- ESTADO DE CONCIENCIA: Lucidez, obnubilación, estupor, coma, hipervigilancia, confusión, estado crepuscular, onirismo, sonambulismo.

.....

.....

.....

E.- ATENCIÓN: Hiperprosexia, hipoprosexia, disprosexia, distraibilidad.

.....

.....

F.- CONDUCTA MOTORA: Enlentecimiento psicomotor, excitación psicomotor, catatonia, actitudes anormales, alteraciones de la marcha, inquietud.

.....

.....

G.- COMPORTAMIENTO: agresivo, extravagante, antisocial, impulsivo, reflexivo, pasivo, apático, dependiente, dominante, cauteloso, quejoso, temeroso, teatral, ritualista, aislamiento, ataques de pánico, incapacidad de realización de actividades productivas, riesgo o potencial suicida.

.....

.....

.....

H.- ALTERACIONES DEL SUEÑO: Hipersomnia, dificultad de conciliar el sueño, despertar frecuente, despertar prematuro.

.....

.....

.....

I.- AFECTIVIDAD: Angustia, ansiedad situacional, timidez, ansiedad expectante, *depresión, depresión matinal, perdida reciente de interés, desesperación, euforia,* indiferencia, aplanamiento, ambivalencia, irritabilidad, labilidad, tenacidad, incontinencia de sentimientos, sentimientos inadecuados, neotimia, disociación ideo-afectiva, anhedonia.

.....

.....

.....

J.- SENSOPERCEPCIÓN: Hiperpecepción, hipopercepción, ilusiones, seudoalucinaciones, alucinaciones, alucinosis, macropsias, micropsias.

.....

.....

.....

K.- ESTRUCTURA DEL PENSAMIENTO Y SU EXPRESIÓN: Incoherencias, bloqueos, perseveración, prolijidad, disgregación, *estereotipias*, neologismos, musitación; CURSO: retardo, aceleración, fuga de ideas, mutismo; CONTENIDO: ideas de grandeza, suicidio, culpabilidad, pesimismo, autocompasión, inferioridad, perdida de interés, indecisión, necesidad de ayuda, fracaso, ruina, autoacusación, resentimiento, muerte, daño, enfermedad grave, hipocondriacas, nihilista, no tener sentimientos, que el mundo ha dejado de existir, referencia, extravagantes, fóbicas, compulsivas, obsesivas, desconfianza, desrealización, pérdida de control, ser calumniado, ideas delirantes, capacidad de abstracción y asociación de ideas; VOZ baja, alta, monótona, llorosa, gritos, chillidos, teatral; RITMO lento, rápido, normal.

.....

.....

.....

L.- JUICIO: Capacidad de autocrítica, capacidad de heterocritica, proyecto para el futuro, conciencia de enfermedad.

.....

.....

.....

M.- INTELIGENCIA: Muy alta, alta, normal, baja, muy baja, concentración, comprensión.

.....

.....

N.- ORIENTACIÓN: Desorientación en tiempo, espacio, a si mismo, respecto hacia otras personas.

.....

.....

.....

Ñ.- MEMORIA: Hipermnesia, amnesia de fijación, amnesia de fijación, mixta, lacunar, dismnesia, paramnesias, fabulación, falsos reconocimientos, fenómenos de lo ya visto o vivido, fenómenos de lo nunca visto o jamás vivido.

.....

.....

.....

O.- VOLUNTAD: Abulias, hiperbulia, ambivalencia, bradibulia, negativismo, oposición, obediencia automática, sugestibilidad.

.....

.....

P.- ACTIVIDAD: Apraxia, síndrome catatónico, agitación, amaneramiento, estereotipias, ecopraxia, interceptación motriz, estupor catatónico, flexibilidad cérea, catalepsia, dispraxias, actos de corto circuito, actos impulsivos, actos obsesivos, tics, inhibiciones obsesivas.

.....

.....

Q.- INSTINTIVIDAD: Trastornos del instinto de nutrición, (sitlofobia, anorexia nerviosa, polifagia, bulimia, malacia, pica, coprofagia); Trastornos del instinto de la vida, (autolesionismo, impulso suicida hereditaria); Trastorno del instinto de propiedad, (coleccionismo, prodigabilidad); Trastorno del instinto de limpieza corporal, (gatismo, tendencia a la exagerada limpieza); Trastorno del instinto del impulso sexual, (erotismo, exhibicionismo, masoquismo, sadismo, homosexualidad, pedofilia, bestialismo, transvestismo.

.....
.....
.....

9.- PROBLEMÁTICA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSTICO SEGÚN EL CIE-10

EJEI:.....
.....
.....
.....
EJEII:.....
EJEIII:.....
.....
EJEIV:.....
.....
EJEV:.....
.....
.....
.....
EJEVI:.....

RESPONSABLE:.....
NUMERO REGISTRO PROFESIONAL.....

FIRMA:.....