



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación Escuela de
Psicología Clínica

Título: “Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de
impulsos en adolescentes que presentan consumo de sustancias psicoactivas”.

Tesis previa a la obtención del título de Licenciado en Psicología Clínica.

Autor:

Diego Coello Pinos.

Director:

Mst. Rene Zalamea Vallejo.

CUENCA-ECUADOR

2017

DEDICATORIA

Quiero dedicar este esfuerzo académico a Dios por ser mi fortaleza a lo largo de estos años, por darme perseverancia para alcanzar las metas propuestas; a mis padres por ser el pilar fundamental, hermanos y abuelos por ser el motor de cada día; a mis profesores por ser un ejemplo y enseñarme a amar con pasión la psicología.

AGRADECIMIENTO

A Dios por su infinito amor

A mi familia por todo el apoyo.

A la Universidad del Azuay por inculcar el amor
por la psicología.

Al Mst. Rene Zalamea por su apoyo durante este
proceso.

Resumen:

El siguiente estudio cualitativo de alcance descriptivo tiene como propósito describir la influencia de la terapia grupal con enfoque Cognitivo Conductual en el control de impulsos en un grupo de 7 adolescentes , entre 14 y 15 años, que presentan consumo de sustancias psicoactivas en la Unidad Educativa “Jadán”. Remitidos por el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE).

La terapia grupal con enfoque cognitivo – conductual se ajusta a las necesidades de los adolescentes y tuvo un efecto positivo en la problemática de los casos de estudio, reduciendo los niveles de impulsividad en una media de 3.6 por ciento y generando además una reducción de los problemas asociados al consumo.

Palabras Clave: Control de impulsos, consumo, psicoactivas, adolescentes, impulsividad.

ABSTRACT

ABSTRACT

The following qualitative-descriptive study aimed to describe the influence of Cognitive Behavioral group therapy in the control of impulses in a group of 7 adolescents aged between 14 and 15 enrolled at *Jadan* Educational Institution, who presented psychoactive substance use. These students were referred by the Department of Student Counseling (DECE). This cognitive-behavioral approach group therapy was adjusted to the needs of the adolescents and had a positive effect on the cases under study, reducing the levels of impulsivity in an average of 3.6 percent and generating a reduction of the problems associated with consumption.

Keywords: control of impulses, consumption, psychoactive, adolescents, impulsivity.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
Dpto. Idiomas


Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
Resumen:	iv
ABSTRACT.....	v
TABLA DE CONTENIDO.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1.....	3
Introducción	3
Adolescencia, Consumo de Sustancias Psicoactivas e Impulsividad.....	3
1.1 La Adolescencia.....	3
1.2 Principales cambios en la adolescencia	7
1.2.1 Desarrollo cognitivo.....	9
1.2.2 Lo real y lo posible.....	10
1.2.3 Carácter hipotético deductivo	10
1.3 Características sicosociales	11
1.4 Consumo de sustancias en los adolescentes.....	14
1.5 El control de impulsos y el consumo de drogas DSM 5	17
CAPITULO II.....	20
2.1 Terapia Cognitivo-Conductual.....	21
2.2 Técnicas Cognitivo-Conductuales	22
2.3 Técnicas Operantes	23
2.3.1 Extinción	24
2.3.2 TFR	25
2.3.3 Costo de respuesta.....	25
2.3.4 Reforzamiento diferencial de otras conductas	25
2.3.5 Saciación y práctica negativa	26
2.3.6 Sobrecorrección	26
2.4 Técnicas de Relajación	27
CAPITULO III.....	29
Metodología	29
3.1 Metodología	29
3.2 Muestra	29
3.3 Criterios.....	29

3.5	Objetivos Específicos.....	30
3.6	Contexto.....	31
3.7	Procedimiento	31
3.8	Casos de Estudio	32
3.9	Técnicas e Instrumentos.....	34
3.9.1	Técnicas	34
3.9.2	Instrumentos.....	36
3.10	Esquema del Diagnostico Psicológico	36
	Fuente: Coello, D. (2017)	37
3.11	Esquema de la Intervención Terapéutica	38
CAPITULO IV.....		42
Resultados		42
4.1	Descripción del Grupo	42
4.1.1	Características	42
4.1.2	Instrucciones Previas.....	42
4.1.3	Integrantes.....	42
4.3	Resultados	47
4.3.1	Resultados de la aplicación del Test de Ingesta Alcohólica.....	48
4.3.2	Resultados de la aplicación de la Escala de Impulsividad de Barrat previo a la aplicación de la Terapia Grupal.	49
4.3.3	Resultados del re-test de la Escala de Impulsividad de Barrat posterior a la aplicación de la Terapia Grupal.	50
CAPÍTULO V.....		52
Conclusiones y Recomendaciones		52
Conclusiones.....		52
Recomendaciones		53
Bibliografía		54
ANEXOS		58
Anexo 1. Consentimiento Informado de los Adolescentes		58
Anexo 2. Escala de Impulsividad de Barratt.....		63
Anexo 3. Test de Ingesta Alcohólica		65
Anexo 4. Guía de la Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos en adolescentes que presentan consumo de sustancias psicoactivas.....		68
Anexo 5. HISTORIAS CLÍNICAS.....		83
Anexo 6. Escalas de Tanner (Masculino y femenino)		101

INTRODUCCIÓN

En este estudio se presenta la terapia cognitiva-conductual como una alternativa de tratamiento válida para el manejo de la impulsividad en un grupo de adolescentes con problemas de consumo, de la zona rural del Cantón Gualaceo. El estudio se realiza en el contexto escolar en la Institución educativa “Jadán”; los participantes son seleccionados por el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) por presentar problemas conductuales y consumo de sustancias psicoactivas.

Se presenta una propuesta de intervención grupal de 12 sesiones con enfoque cognitivo-conductual aplicando técnicas como: Relajación y desensibilización sistemática, Técnicas Cognitivas, Técnicas de habilidades sociales y Técnicas de afrontamiento.

Los resultados son presentados en términos de evolución del proceso y con gráficos que comparan percepciones de inicio y resultado final.

El proyecto de investigación tiene como objetivo describir la influencia de la terapia grupal con enfoque Cognitivo Conductual en el control de impulsos dirigido a adolescentes que presentan consumo de sustancias psicoactivas en la Unidad Educativa “Jadán”, con esto se pretende mejorar el control de impulsos y la disminución de la impulsividad.

El presente documento está organizado de la siguiente manera:

Un primer capítulo donde se establecen los aspectos relacionados con la problemática que relaciona el consumo de drogas con el control de impulsos, así como aspectos fundamentales de la adolescencia.

El segundo capítulo se detalla el enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos.

El tercer capítulo se detalla la metodología que se utilizó en el estudio, el procedimiento de recolección de datos, objetivos y las técnicas utilizadas durante el estudio.

El cuarto capítulo se detalla los resultados obtenidos en el estudio realizado.

Y finalmente las conclusiones y recomendaciones que se desprenden del estudio realizado, seguido del glosario de términos, bibliografía y anexos.

CAPITULO 1

Introducción

En este capítulo se aborda los temas referentes a la adolescencia, el consumo de sustancias en los adolescentes y la impulsividad. Es importante conocer la etapa de la adolescencia, los cambios que transcurren durante la misma, los efectos que estos producen, así como las relaciones que presentan los adolescentes y como se desenvuelven en las mismas. Es necesario estudiar el consumo de sustancias psicoactivas, ya que por lo general es en esta etapa donde los adolescentes se encuentran más vulnerables para iniciar el consumo, un sistema familiar desestructurado combinado con un medio facilitador donde se encuentre disponible las sustancias pueden ser detonantes de un problema de consumo. Seguido a esto es transcendental conocer la relación del consumo con los problemas relacionados al control de impulsos, ya que por lo general van asociados y provocan inconvenientes en diferentes áreas de la vida del adolescente.

Adolescencia, Consumo de Sustancias Psicoactivas e Impulsividad

1.1 La Adolescencia

El período de la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios tanto de orden biológico, psicológico como social; factores que predisponen al adolescente a una etapa de temporal conflictividad, la cual, de ser bien llevada; lo inserta a la adultez a través de un sano desarrollo. La fragilidad de la adolescencia también caracteriza a esta etapa como una etapa enmarcada de conflictos de carácter psicológico y social (Iglesias, 2013).

Las formas de reaccionar ante este período están vinculadas con factores biológicos, psicológicos, de orden social y generales, del medio ambiente; así, la reacción del adolescente que se deprime, se esconde; es introspectivo, puede resultar ser tan natural como aquel que es

impulsivo, optimista, curioso; debido a los cambios transitorios por los que está pasando, siendo evidente una fragilidad temporal que deberá ser controlada (Pedreira & Álvarez, 2000).

Es básicamente esta temporal inestabilidad la que ha asociado al período de la adolescencia con problemáticas sociales como el consumo de sustancias, depresión, enfermedades somáticas, etc. Así, el conocimiento de los factores tanto de orden biológico, psicológico como social en el adolescente es relevante; debido a las problemáticas individuales y sociales asociadas con este período transitorio; por lo tanto es necesario conocer las características, cambios que suceden, las formas en que la cultura incide sobre estos cambios que permitan entender estas problemáticas para poder abordarlas adecuadamente desde una perspectiva psicológica profesional (Becoña, Los adolescentes y el consumo de drogas, 2000).

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), define adolescencia como:

“el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.” (OMS, 2013, pág. 1)

En esta definición se determina a la adolescencia como la etapa transitoria comprendida entre la niñez y la adultez; estimada que puede enmarcarse entre los 10 y 19 años; la pubertad, se considera como el período a su vez transitorio entre niñez y adolescencia. Desde esta perspectiva, se puede entender que la pubertad se da inicio cuando ha terminado la niñez, y los cambios corporales empiezan a suceder en el cuerpo. A su vez, se entiende que la pubertad abarca específicamente cambios de orden físico que suceden en el cuerpo, es decir, el término

adolescencia es más amplio en su contenido, debido a que enfoca también aspectos de orden psicológico y social. (Casas & Ceñal, 2005)

En referencia a la pubertad, se puede decir que: “se inicia por una serie de cambios neurohormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo” (Casas & Ceñal, 2005, pág. 22). En concordancia con este término, y de forma más específica, Iglesias (2013) menciona que “la adolescencia empieza con la aparición de los primeros signos de transformación puberal” (p. 89); se ve entonces a la pubertad como el inicio de la adolescencia. Finalmente, se hace referencia al enunciado de Gaete, Verónica (2015) en un artículo publicado en la Revista Chilena de Pediatría, como el inicio y final de la adolescencia. “... su inicio se asocia generalmente a fenómenos biológicos (pubertad) y su término a hitos psicosociales (adopción de roles y responsabilidades de la adultez)” (p. 437).

La adolescencia entonces hace referencia a un grupo etario particular que se caracteriza por los cambios transitorios entre la niñez y la adultez. Para su estudio, la adolescencia se ha dividido en tres fases, en la cual coinciden múltiples autores (Casas y Ceñal 2005, Gaete, 2015; Iglesias, 2013, entre otros) y organismos de salud a nivel mundial. Quienes otros y que organismos de salud; quienes consideran que el adolescente ha de pasar por tres fases diferenciadas específicamente tanto en aspectos psicológicos, sociales como biológicos que son: adolescencia temprana (10-13 años) adolescencia media (14-17) y adolescencia tardía (17-21 años) (Casas & Ceñal, 2005).

Frente a este intento por delimitar períodos de tiempo entre las etapas planteadas del período de la adolescencia, la discusión se ha orientado a describir la improbabilidad de establecer cifras fijas debido a que tanto factores de orden individual, relativos al género e inclusive a la época en la que el adolescente se desarrolla, inciden en el tiempo de cada etapa por la que el adolescente ha de pasar (Pedreira & Álvarez, 2000).

Por otro lado, se ha constatado que la adolescencia ha prolongado su período así como se ha empezado a manifestar de forma más temprana desde inicios del siglo XX, esto debido por un lado a factores como higiene y nutrición en la niñez, que han mejorado significativamente, así como los cambios de orden social dados básicamente por la revolución industrial; provocando que por una parte, los factores nutritivos hayan contribuido con una aparición más temprana de la adolescencia y por otro lado, que la creciente complejidad de la inserción social haya retardado el término de la misma, por tanto los datos etarios presentados se consideran una media (Casas & Ceñal, 2005). Inclusive, el mismo término de adolescencia, es adjudicado al orden social de la modernidad y posmodernidad junto con las problemáticas que se le vinculan.

Iglesias Díaz, Doctor en Medicina refiere que el término que éste es un “concepto socio-cultural” y “que 60% de las sociedades preindustriales no tienen un término para definir la adolescencia” (Iglesias, 2013, pág. 88); enfocando la diferencia de términos entre adolescencia y pubertad. En función de entender adecuadamente estos términos, empezaremos entonces por plantear su diferencia conceptual (Iglesias, 2013).

En función de ilustrar de mejor manera lo mencionado por Iglesias (2013) en referencia a la adolescencia como respuesta social; la antropóloga Margaret Mead (1995) (citada por Adrián, J y Rangel, Esperanza, 2008) en un trabajo de campo realizado en un contexto cultural diferente al occidental, (Samoa, África) la autora empieza por enfocar la diferencia que existe entre la cultura estudiada y la cultura occidental; habiendo determinado que en el lugar de intervención de su estudio “no exista una separación tan tajante como en las sociedades occidentales entre niños y adultos” (Adrián & Rangel, 2008, pág. 4); finalmente se acota que en esta cultura específica, el cambio se da con menos turbulencia y estrés que en nuestra cultura.

Desde estas apreciaciones, se entiende que el período de la adolescencia resulta conflictivo en nuestro contexto debido sobre todo a la complejidad que se requiere en la actualidad para insertarse en la sociedad y desenvolverse como un adulto; considerando que la adultez implica independencia económica y social; capacidad de desenvolverse en el medio social. No resulta difícil de entender esto, sabiendo que las exigencias académicas son cada vez más altas y las oportunidades de trabajo se vuelven cada vez más complejas en un ambiente de creciente competitividad (Adrián & Rangel, 2008).

1.2 Principales cambios en la adolescencia

Se ha mencionado que la adolescencia está caracterizada por un período de cambios; si bien, los mismos se dan inicios por su orden biológico; se enfocará sobre todo la manera en que estos cambios biológicos inciden en el comportamiento psicológico y social del adolescente (Gaete, 2015).

Estos cambios se enfocan principalmente en aspectos relacionados con la capacidad reproductiva, en donde el niño va desarrollando biológicamente las capacidades reproductivas. De igual manera, en aspectos cognitivos el cerebro va adquiriendo otras características que lo ubican diferenciado de otros aspectos de la personalidad. Se partirá enfocando el desarrollo físico en el adolescente (Gaete, 2015).

Desarrollo físico

Los cambios físicos se manifiestan como el inicio de la adolescencia. A esta etapa se la denomina etapa puberal, los cambios responden a cambios en la actividad hormonal del cuerpo del niño. En referencia a este punto, Casas y González (2005) señalan que la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) está inhibida por alta sensibilidad del gonadostato (la zona del hipotálamo encargada de producir GnRH). Paulatinamente la sensibilidad del

gonadostato va disminuyendo, lo que provoca un incremento en la producción de GnHR; esta a su vez actúa sobre la hipófisis generando el incremento de FSH y LH¹ incrementándose la producción de andrógenos y estrógenos.

A partir del incremento de estas hormonas, se da posteriormente los cambios físicos del cuerpo. Para el estudio de los cambios físicos, se ha adoptado la escala propuesta por Tanner, en donde se especifica la evolución de los cambios corporales según la edad. (Ver Anexo 6) Los cambios en hombres y mujeres suele ocurrir en distintas edades, siendo las mujeres quienes presentan en gran parte signos de desarrollo puberal más temprano que los hombres (Iglesias, 2013); con respecto a este punto, Casas y Gonzáles (2005), manifiestan al respecto que el 95% de niñas inicia su pubertad entre los 8,5 y 13 años; a diferencia de los niños quienes en un 95% inicia el desarrollo puberal entre los 9,5 y 14 años de edad.

Particularmente, en el caso de las mujeres, se da la menarquia (o primera menstruación) la cual tiene efectos relevantes tanto en aspectos físicos como psicológicos; esto se da debido a que en la mujer la FSH aumenta la producción de estradiol y estimula los folículos primarios lo que produce maduración en el óvulo y la aparición de la ovulación (Iglesias, 2013). Todos estos cambios se los conoce como desarrollo sexual primario, que como se ha manifestado, es característicamente hormonal y corresponden a la fase de adolescencia temprana.

La segunda fase en el desarrollo físico corresponde al desarrollo sexual secundario (Iglesias, 2013) (Casas & Ceñal, 2005). En esta se evidencia el crecimiento del pene, en los hombres, las mujeres sufren ensanchamiento de caderas, crecimiento de los senos, aparece el vello púbico. En la fase de adolescencia media, se habrá desarrollado un ensanchamiento e incremento de masa muscular en los hombres, así como “el estirón” característico de la adolescencia; hasta

¹ Las hormonas FSH y LH son producidas respectivamente por la glándula pituitaria (hipófisis) y el hipotálamo y se encargan de coordinar la función ovarial, influyendo directamente sobre la producción de hormonas (estrógenos y progesterona) y la ovulación: Se considera, por consiguiente, que son las verdaderas encargadas de dictar el ritmo del ciclo menstrual.

esta etapa el adolescente habrá adquirido aproximadamente el 95% de su talla adulta. (Casas & Ceñal, 2005).

Finalmente, en la etapa de adolescencia tardía, se habrá definido el físico corporal, el adolescente ha alcanzado el último estado propuesto por Tanner y biológicamente está capacitado para la reproducción sexual. Así mismo, la talla ha alcanzado su máximo y será la que lo represente en la adultez.

1.2.1 Desarrollo cognitivo

Las capacidades cognitivas van evolucionando con el paso de los años. Piaget (citado por Linares, 2008) propone distintas etapas en referencia al desarrollo cognitivo, que van desde la niñez hasta finalizada la adolescencia; empezando por la etapa sensoriomotor, etapa preoperacional, etapa de operaciones concretas y etapa de operaciones formales. Básicamente el adolescente sufre un cambio en su estructura mental, pasando de la etapa de operaciones concretas a las operaciones formales. (Fuentes, Gamboa, & Morales, 2012). En referencia a este aspecto, (Casas & Ceñal, 2005) mencionan que en esta etapa, el adolescente es capaz de manejar el pensamiento abstracto.

Para determinar las diferencias de pensamiento, Piaget realizó múltiples estudios de observación, que orientaron a determinarlas características del pensamiento formal, pensamiento que se adquirirá en el período de la adolescencia; así se habla de que el cerebro en esta edad estará dotado de una lógica que implicará modificaciones tanto en aspectos psicológicos, como sociales debido a que ofrece una nueva concepción de la realidad. A continuación, se describen algunas características del pensamiento formal que los diferencian de la etapa de operaciones concretas. Basados en la propuesta de Cano (2007) se enfocan las principales características del pensamiento formal, en contraste con el pensamiento de operaciones concretas.

1.2.2 Lo real y lo posible

En el período de operaciones concretas se enfoca un pensamiento centrado en lo real, el niño es capaz de analizar problemáticas en tanto las constata y lo posible está sujeto a lo que el niño ha entendido como real; limitando su concepción de lo posible. Por otro lado, en el período de operaciones formales, el adolescente habrá adquirido un pensamiento más abstracto, y parte del análisis de los factores experimentales para ampliar su abanico de lo posible; desde esta perspectiva, el adolescente es capaz de llevar lo real, a partir de su concepción de lo posible (Cano, 2007). Esto caracteriza al adolescente debido a que lo orienta a la idealización, lo que lo enmarca en un grupo de creencias, tendencias filosóficas, pensamientos políticos, religiosos, etc.

1.2.3 Carácter hipotético deductivo

El planteamiento hipotético no existe en el período de operaciones concretas, como anteriormente se ha manifestado, los planteamientos están basados en asuntos reales y potenciados por la experiencia. Habiendo mejorado la capacidad de abstracción, el adolescente en esta edad es capaz de analizar aspectos de la realidad y vincularlos con otras realidades, lo que le permite el planteamiento de hipótesis. Ante una problemática, por ejemplo, es capaz de visualizar distintos mecanismos que conlleven a la solución del problema, esto implica que no se limita a una hipótesis, sino que es capaz de considerar múltiples hipótesis sobre una misma realidad y pensar en sus consecuencias. (Cano, 2007).

Estas capacidades ponen al adolescente en lo que se conoce como funciones metacognitivas, es decir que es capaz de pensar más allá de su propio pensamiento, e incluso, pensar sobre su propio pensamiento (Gaete, 2015).

Se puede afirmar entonces que en este desarrollo de la adolescencia el adolescente adquirirá capacidades críticas que le permitirán la inserción social. En las primeras etapas, este desarrollo cognitivo implicará que el adolescente desarrolle interés por manifestaciones del pensamiento como filosofía, tendencias ideológicas, políticas, religión, etc. Sin embargo, este pensamiento lo enmarcarán también en una etapa de fantasía; inicialmente el adolescente proyectará sus ideales más allá de lo real y factible, sin embargo, este pensamiento se irá concretando al finalizar la etapa adolescente, siendo reforzado en parte por la experiencia.

Derivado de la etapa inicial de las operaciones formales, el adolescente puede a causa de su proyección, presentar una especie de “inmunidad” en cuanto a los peligros que representan ciertas actividades, lo que lo predispone a situaciones de peligro como abuso de drogas, embarazos en la adolescencia, etc. Inicialmente se adjudicó este pensamiento a aspectos cognitivos, ya que se manifestó que el adolescente si bien puede proyectarse, no es capaz de pensar profundamente en las consecuencias, sin embargo múltiples estudios han demostrado que efectivamente el adolescente es capaz de pensar en las acciones y consecuencias, sin embargo, lo que lo hace que tienda a actuar de esta forma, es debido a que factores emocionales superan la capacidad de razonamiento (Adrián & Rangel, 2008).

1.3 Características sicosociales

Los aspectos del desarrollo señalados, han de influenciar directamente en el desarrollo sicosocial del adolescente; en este aspecto, los autores manifiestan que los cambios corporales orientan a que los adolescentes enfoquen su preocupación en el orden social y adquieran conciencia de su imagen corporal. Por otro lado, las relaciones con el entorno familiar resultan afectadas para posteriormente reintegrarse al culminar la adolescencia.

En función de profundizar esta temática, se detalla los elementos citados en el artículo de Iglesias (2013) quien enfoca cuatro puntos en el desarrollo psicosocial, que el adolescente debe

afrontar que son: independencia-dependencia; aspectos corporales, integración al grupo de pares y desarrollo de identidad.

El primer conflicto, independencia-dependencia; el adolescente genera una lucha con su entorno familiar; inicialmente, en la niñez, el niño está dispuesto a asumir las reglas y tratos desde el hogar, las figuras paternas son fuertes; sin embargo, el desarrollo le permite al adolescente entender que sus padres no tienen todas las respuestas; y por otro lado, empieza a sentirse competente y con capacidades de decisión sobre su vida. En esta lucha, el adolescente se enfrenta al entorno familiar como una muestra de capacidad de autonomía; si bien, esta tendencia lo orientará a desapegarse de la familia, se espera que posteriormente, se reintegre a la misma con una nueva perspectiva en una relación ya horizontal con sus padres (Fuentes, Gamboa, & Morales, 2012).

En referencia al aspecto corporal, todos los autores citados coinciden que inicialmente, en la adolescencia temprana, el adolescente se ve preocupado por los cambios que sufren su cuerpo; estos cambios inicialmente serán causa de conflicto en su subjetividad, existiendo una tendencia negativa hacia los mismos; para la adolescencia media, el joven habrá aceptado sus cambios; sin embargo, para su aceptación social comparará su estructura corporal adquirida con los estereotipos sociales de belleza; de allí que en la adolescencia crece el interés por la moda, tendencias, peinados, ropa, etc. (Cano, 2007).

A su vez, el adolescente es consciente de que está preparándose en parte para las relaciones con el sexo opuesto que se generan en esta etapa, por lo que la aceptación física se constituye como un factor fundamental. Desde esta perspectiva, el adolescente pondrá a prueba su aspecto físico, y se preocupará por su imagen corporal. Llegando a la adolescencia tardía, el adolescente finalmente habrá aceptado su imagen corporal; a más de esto, las relaciones que establezca con el sexo opuesto tendrán un carácter más serio y una visión de largo plazo, lo que no ocurre en la adolescencia media (Casas & Ceñal, 2005).

La integración de pares es consecuencia de los aspectos anteriormente mencionados, por un lado, el adolescente debilita la relación con el entorno familiar, ocupando un aspecto relevante el grupo social de amigos; ellos serán quienes en parte guíen las tendencias que el adolescente asumirá en esta etapa de desarrollo; esta tendencia se ve justificada debido a que el adolescente requiere modelos de la misma edad con los cuales generar comparaciones y a su vez, empieza a buscar integridad en los distintos sub-grupos sociales existentes de manera que se genere en sí una sensación de identidad. Esta tendencia es más fuerte en la adolescencia temprana y va disminuyendo de manera que al llegar a la adolescencia tardía, el adolescente habrá adquirido individualidad y las figuras de pares se habrán reducido a un grupo específico de amigos (Gaete, 2015).

Finalmente, la lucha por la autonomía del adolescente debe tener su desenlace en la adquisición de una identidad propia. Influye de manera significativa el desarrollo cognitivo que el adolescente ha adquirido. La separación del entorno familiar, lo orientan a buscar la forma de desenvolverse por sí mismo y a conseguir una identidad social propia. Si bien, esta tendencia en la adolescencia temprana es errónea, debido a que el adolescente puede llegar a sentir un sentido de individualidad exagerado, egocéntrico, se espera que, hasta el desarrollo de la adolescencia tardía, este egocentrismo se haya expandido a un ámbito más social y realista de su propia identidad. En este proceso, el adolescente encontrará un papel en su entorno social, se suman a esto la necesidad de desenvolverse por sí mismo, por lo que los sentidos de vocación se desarrollan en este período y al terminar se espera que se hayan adquirido competencias para un desarrollo social individual, incluso, de un propio sostenimiento económico; evidentemente, este último punto, no es frecuente en nuestro contexto, debido a que por lo general se da que se encuentra en el seno familiar hasta llegar a la adultez (posterior a la juventud o período pos-adolescente) (Adrián & Rangel, 2008).

Como se ha visto, la serie de cambios que el adolescente sufre, lo llevan a enmarcarse en un contexto social complejo. Por una parte los factores biológicos que han mejorado en los últimos años durante la infancia como nutrición, desarrollo, estimulación contribuyen a que la adolescencia se presente desde más tempranas edades que en siglos anteriores y, por otro lado, las exigencias de la realidad social, las cuales con el paso del tiempo han incrementado en complejidad, hacen de la adolescencia un período más extenso en la cultura occidental, y, son básicamente los aspectos culturales los que generan el conflicto subjetivo que el adolescente deberá superar para verse enmarcado en un entorno social en el cual deberá ser capaz de desenvolverse al terminar la adolescencia.

Factores como la aceptación del grupo, la educación familiar, valores y contexto social en general, influyen directamente en el desarrollo del adolescente; es necesario tener en consideración todos estos puntos y variables de manera que se pueda prever problemáticas, así como opciones que permitan la superación de problemas en la etapa adolescente.

1.4 Consumo de sustancias en los adolescentes

El consumo de sustancias, es uno de los riesgos a los que el adolescente está expuesto; este riesgo puede aumentar según el entorno en donde el adolescente se desarrolle. Fuera cual fuese el motivo que induce a los adolescentes al consumo de sustancias, esta es en la actualidad una de las problemática de creciente interés social (Becoña, Los adolescentes y el consumo de drogas, 2000).

González, García, & Salvador (2000) abordan la problemática considerando dos variables: lo individual y lo social. Los factores individuales, corresponden a características propias del adolescente, pudiendo ser sus rasgos de personalidad, historia que lo antecede, etc. Estos factores pueden generar una predisposición del adolescente al consumo de sustancias. Por otro

lado, los factores sociales son descritos como un conjunto de múltiples factores externos al individuo que pueden a su vez ser subclasificados en microsociales y macrosociales.

Por otro lado, la literatura de décadas anteriores intentaba generar una vinculación lineal del consumo de drogas. Siendo la primera y más frecuente el consumo de cigarrillo, sucedida por el consumo de alcohol, marihuana y esta daba paso a otras drogas. Esta teoría se descartó en la posterioridad ya que la vinculación tiene carácter temporal y casual y no existe en realidad un sustento que justifique que el alcohol y cigarrillo, por ejemplo, abran paso al consumo de marihuana, y esta, a su vez, sea la puerta de entrada a otras drogas ilegales de mayor grado de repercusión. Se ha comprobado en este supuesto que este responde a características contextuales. Por ejemplo, en un nuestro medio no está mal visto el inicio del consumo de alcohol, de alguna manera, el mismo es más tolerado que el consumo de cigarrillo; cambiándose la línea secuencia de la teoría propuesta (Marutana, 2011).

En Colombia, por ejemplo, según el mismo autor el consumo de tabaco y alcohol ha presentado un descenso en adolescentes, sin embargo, se ha mostrado incremento en consumo de sustancias ilegales como la marihuana, cocaína y pasta base. Según el autor, esta tendencia responde a la disposición y la creciente tendencia de generar especulaciones sobre el supuesto de sustancia indefensa, en el caso de la marihuana. Evidentemente, contrario a lo que sucede con la marihuana, las últimas décadas han ahondado en la problemática del consumo de alcohol y tabaco, siendo cada vez más cuestionada la legalidad de estas drogas; provocando por ende, disminución en su rango de toleración.

La tendencia creciente del consumo de marihuana es también significativa en otros continentes; por ejemplo, El estudio de Ruiz (2010) enfoca que en la última década el consumo

de marihuana en adolescentes entre 14 y 15 años se ha incrementado a tal punto de llegar a duplicarse.

En el contexto nacional, un estudio llevado a cabo en el año 2010 en la ciudad de Guayaquil, buscó determinar en base a una tipología transversal el consumo de sustancias en adolescentes en edades entre 10 y 17 años. Los resultados de esta investigación evidenciaron que la sustancia de mayor consumo es la marihuana, sucedida por el licor e inhalantes (Riofrío & Casanheira, 2010). El autor refiere que el estudio determinó que la causa del consumo de marihuana como principal sustancia, se debe a su bajo costo y fácil adquisición en el contexto local.

En el mismo contexto de la ciudad de Guayaquil, Loor & Tigua (2015) abordan la problemática con miras a determinar los factores que inciden en el consumo. Los resultados mostraron que es dentro de los factores socioculturales, la fácil disposición de las sustancias, es el principal factor que permite el consumo; a este factor le suceden factores como fracaso académico y las relaciones entre grupos de amigos en igual proporción. Por su parte, de los factores familiares, destacó el maltrato familiar, seguido de la ausencia de manifestaciones afectivas e inadecuada comunicación en el entorno familiar.

En cuanto a factores individuales, destaca en este estudio la necesidad de independencia de los estudiantes, sucedido por la necesidad de experimentar. En un estudio más próximo al contexto, en la ciudad de Cuenca, se determinó que el promedio de iniciación del consumo de sustancias psicoactivas es de 14 años de edad; siendo más significativo el consumo de alcohol, sucedido por el consumo de cigarrillo. Entre los factores de riesgo que más destacan, se encuentra la dinámica familiar, debido a que gran parte de los adolescentes (46%) manifestó que viven con otros familiares; otro dato importante es el hecho de el estudio evidenció que uno de cada tres adolescentes consume sustancias psicoactivas; siendo determinante en el grupo en donde se desenvuelven (Bravo, 2009).

Estos datos brindan una idea general de que en nuestro país, los factores sociales influyen directamente en la predisposición del adolescente al consumo de sustancias. A más de esto, la tolerancia por el consumo, sobre todo de alcohol, es un factor que ha permitido que los adolescentes se introduzcan en tempranas edades a consumir sustancias psicoactivas. La disposición de drogas ilegales, hace que su acceso sea mayor; tal es el caso de la ciudad de Guayaquil, en donde el consumo de marihuana es superior al consumo de alcohol y cigarrillo. Las edades promedio de iniciación son 14 años; la dispersión muestra sin embargo que esta edad puede oscilar entre los 12 – 16 años. La estructura familiar es el principal factor de prevención en caso de consumo de sustancias (Bravo, 2009).

1.5 El control de impulsos y el consumo de drogas DSM 5

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones, estos trastornos son de interés de esta investigación ya que existen evidencias que asocian un bajo control de impulsos con el inicio de consumo de sustancias. Por ejemplo, trastornos como la cleptomanía, se han visto asociados con el inicio de consumo de sustancias debido a que socialmente puede generar relaciones con entornos en donde este tipo de sustancias es frecuente (Becoña, 2014).

Así también, Becoña refiere que los trastornos explosivos intermitentes causan malestar en el desempeño social del individuo, lo que lo predispone a grupos específicos en donde puede actuar o no ser ampliamente juzgado por el comportamiento que deriva de los impulsos intermitentes traducidos en agresividad; aspecto que a su vez lo vuelve susceptible al consumo de sustancias sobre todo motivado por los problemas de orden social consecuentes del trastorno. Así, posiblemente existe una asociación entre los trastornos de impulsividad de

manera general a conductas riesgosas, el consumo de drogas de por sí, se considera también una conducta riesgosa.

Mientras que otros trastornos del DSM-5 pueden tratar sobre problemas de la regulación del comportamiento y las emociones, los trastornos de este capítulo son singulares en el sentido de que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás (agresión, destrucción de la propiedad) o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad.

Muchos de los síntomas que definen los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta son comportamientos que pueden suceder hasta cierto grado en personas con desarrollo normal. Así pues, es fundamental que se tengan en cuenta la frecuencia, la persistencia, el grado de generalización de las situaciones y el deterioro asociado a los comportamientos indicativos del diagnóstico, según lo que sea normativo para una persona según la edad, el género y la cultura, para determinar si son o no síntomas de un trastorno. (APA, 2014).

En conclusión, se ha determinado que la adolescencia es un estado de transición, su estudio ha sido intensificado sobre todo en las sociedades occidentales y la globalización ha permitido la homogenización de las mismas a nivel mundial. La adolescencia se da inicio desde la biología y se considera superada a través de indicadores sociales.

Son estos indicadores sociales los que hacen de la adolescencia un período complicado; debido a que el adolescente siente la necesidad de desarrollar capacidades que le permitan insertarse en la sociedad; y desarrollar su independencia tanto económica como afectiva. La complejidad del entorno social complica esta inserción, lo que provoca que el adolescente entre en conflicto. Por otro lado, la alta influencia de los medios de comunicación generan en el adolescente la necesidad de identificarse con un grupo social en particular; esta necesidad a su

vez responde a la necesidad biológica de ser atractivo, debido a que las primeras manifestaciones de capacidad reproductiva son los indicadores del inicio de la adolescencia. Esto provoca en él una urgente necesidad de construcción de imagen; razón por la que es particularmente afectado por los medios e influencias.

En cuanto a la influencia; el grupo de amigos cobra relevancia debido a que el adolescente empieza a manifestar un estado de rebeldía que suele ser temporal para con los adultos (padres, familiares, tutores); como respuesta a la búsqueda de una identidad auténtica. En este marco, el adolescente es sujeto susceptible de influencias.

En relación a los factores externos, factores sociales, incide directamente la estructura familiar, el grupo de amigos y el contexto en el que el adolescente se desenvuelve. Así, se ha determinado que el alcohol y el cigarrillo fueron durante mucho tiempo las sustancias de iniciación de consumo; mismas que han sido desplazadas en algunos medios por sustancias como la marihuana, debido sobre todo a la disponibilidad en el medio de estas sustancias.

La deficiencia académica, falta de autoestima, maltrato familiar, son factores que también influyen en la disposición del adolescente al consumo de drogas. El contexto nacional e internacional se ha visto significativamente afectado por una creciente tendencia de aceptación de cierto tipo de drogas como inofensivas, tal es el caso de la marihuana; esto ha potenciado su consumo de forma significativa; desplazando la teoría que se manejaba en décadas anteriores que afirmaba que existe una línea secuencial del consumo de sustancias.

CAPITULO II

La psicología de este siglo se ha visto enfocada en tensiones teóricas que abordan básicamente tres factores de la personalidad: el hacer, el pensar y el sentir (Mahoney, 1991). En este marco, las teorías se han visto enfocadas en cada uno de estos puntos como la base de ellas; así, quienes optan por lo cognitivo, afirman que el pensamiento regula nuestras acciones y sentimientos; por otro lado, las teorías de la conducta refieren que es esta la que orienta la cognición y emotividad; y, los últimos refieren que es la emoción la que rigen en nuestro actuar y pensamiento.

Si bien, la mitad del siglo anterior fue característicamente enfocada al estudio de la conducta; la manera en que la explotación de la terapia puramente conductual separó lo emocional y cognitivo tuvo un efecto deshumanizante en los postulados conductistas puros; mismos que fueron paulatinamente siendo modificados. Si bien, las últimas décadas se han caracterizado por la evidente necesidad de sumar factores externos a la personalidad a considerar para no solamente buscar la modificación conductual sino los aspectos que inciden en el comportamiento, desde una perspectiva más holística; no se ha descartado como válida la teoría y estudio de la conducta; ya que la utilidad de la misma ha sido significativa según refiere la literatura que se ha desarrollado en este aspecto (Peña, 2010).

El enfoque cognitivo conductual ha sido aplicado tanto en niños como en adolescentes y adultos. Trabajos como el realizado por Ortiz, (2012) brindan una orientación de la efectividad de la terapia cognitiva conductual aplicada en adolescentes. El estudio del autor mencionado se enfocó en el tratamiento de depresión en grupo de adolescentes en edades comprendidas entre 12 a 15 años, demostrándose que es posible permitir a los adolescentes el aprendizaje de técnicas que les permitieron manejar sus emociones así como tener mayor perspectiva crítica de los acontecimientos (Ortiz, 2012).

Por su parte, el trabajo de Palacios (2010) muestra la eficacia de la teoría cognitivo conductual en adolescentes aplicada a la regulación del consumo de cigarrillo a través de la propia regulación de impulsos que inducen a dar continuidad al consumo. Así, se considera que la aplicación de un enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de adolescentes en cuanto al control de impulsos, tiene el potencial de brindarles a los adolescentes métodos prácticos y posibles de autorreguar, que los permitan mejorar su condición así como desvincularlos del consumo de sustancias.

Enfoque cognitivo-conductual para el control de impulsos

2.1 Terapia Cognitivo-Conductual

El Royal College de Psiquiatría, refiere que la terapia cognitivo conductual es:

“Una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamiento y sentimientos” (RC Psych, 2011, pág. 1).

Desde esta concepción, la terapia cognitivo conductual busca entender los mecanismos de pensamiento y acción en función de modificarlos para mejorar la calidad de vida del paciente. Difiere de otras terapias debido a que la terapia cognitivo-conductual se enfoca específicamente en el problema; es decir, no requiere de búsquedas retrospectivas que intenten evidenciar la naturaleza de la problemática sino que busca dar soluciones puntuales a la conducta.

Puerta & Padilla, (2011) mencionan que esta terapia específicamente ha resultado ser eficiente en diversos casos de trastornos mentales. Las autoras describen que la terapia se instaure posterior a un minucioso análisis de las características biopsicosociales del paciente. Coincidiendo con la definición propuesta inicialmente, Puerta y Padilla refieren que el

tratamiento es estructurado, activo y centrado en la problemática pudiendo enmarcarse en rangos de entre 10 y 20 sesiones.

Romero (2015) menciona que la terapia cognitiva conductual parte de la observación de la conducta; debido a que ésta es explícita; la que se manifiesta; en tanto que las emociones y el pensamiento constituyen la parte no observable de la personalidad. El autor, en un informe más didáctico que científico, explica que el modelo cognitivo conductual parte de asumir que la conducta, emociones y pensamientos son los pilares fundamentales del comportamiento.

La terapia finalmente, se enfoca en brindar capacidades conductuales que se enmarquen en un entorno social, asumiendo que cierto tipo de conductas podrían causar problemas que llevan a deteriorar tanto la vivencia emocional, como la vivencia cognitiva; estas manifiestas en el entorno social. A través del trabajo de emociones y pensamientos, se espera la modificación paulatina de los mismos mediante ejercicios que pueden ser aplicables post-terapia por el mismo paciente; que le permitan ir observando resultados en cuanto a su conducta.

2.2 Técnicas Cognitivo-Conductuales

La terapia cognitivo conductual ve su nacimiento en el trabajo extenso que demandó el conductismo en el siglo anterior. La búsqueda ha sido el permitir que estas técnicas permitan una modificación de la conducta a largo plazo; a más de esto, ha ido vinculando el aspecto emotivo y cognitivo; ya que el conductismo en sus inicios procuraba enfocarse puramente en la parte de la conducta sin considerar los otros aspectos mencionados (Romero, 2015).

Según Castellero, (2014) las técnicas cognitivo conductuales que se aplican en la actualidad están enfocadas en el trabajo con el individuo de manera que este sea capaz de adquirir habilidades psicológicas que le permitan afrontar sus problemáticas puntuales, manifiestas en su conducta.

En cuanto a la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el control de impulsos, Echeburúa & Corral (2001) mencionan que la terapia ccognitivo conductual responde a nuevos esquemas de aprendizaje, como el constructivismo, por ejemplo. Si bien, no descarta que otras terapias puedan complementar un tratamiento más holístico de la problemática específica, la terapia cognitivo conductual es capaz de ofrecer métodos prácticos y que ofrecen resultados visibles, capaces de brindar una perspectiva de superación al paciente. En tal caso, los autores enfocan que la aplicación de este tipo de terapia estará siempre en función de las características del paciente y el psicólogo deberá considerar la manera de complementar la terapia según el caso, naturaleza de la problemática, grados de dificultad que presenta el problema, contexto social, contexto familiar, entre otros factores que pueden representar limitantes o potenciales ante lo que se desea trabajar (Echeburúa & Corral, 2001)

2.3 Técnicas Operantes

Las técnicas operantes son las más antiguas en cuanto al tratamiento de la conducta. Las mismas responden a los inicios del estudio conductual. Sus inicios datan de los experimentos de Thorndike (1898) y Skinner (1953) (UJAEN, 2014). Su base está constituida por tres aspectos esenciales:

- Manejo de consecuencias
- Técnicas de instigación
- Técnicas para establecer nuevas conductas

Las primeras mencionadas enfocan los primeros experimentos conductuales; el reforzamiento positivo y negativo. Estos consisten en estimular un evento o conducta a través de un tercer factor que puede ser considerado por el sujeto en experimentación como un premio a su labor (reforzamiento positivo).

Bados & García, (2011) mencionan que los refuerzos pueden ser primarios, secundarios o generalizados. Así, los refuerzos primarios son aquellos que no son aprendidos; y son inherentes a la condición humana, pudiendo ser comida, bebida, refuerzos relacionados a la sexualidad, etc. Por su parte, los secundarios son descritos como reforzadores asociados con los primarios; pudiendo encaminar o truncar la adquisición de un refuerzo primario. Finalmente, los generalizados son descritos como asociados a reforzadores primarios o secundarios; pudiendo ser de carácter subjetivo como la aprobación, afecto, la atención, la sumisión, etc.

En cuanto a la clasificación de las técnicas operantes, López, (2015) refiere seis tipos de técnicas operantes: extinción, tiempo fuera de reforzamiento (TFR), costo de respuesta, reforzamiento diferencial, saciación y práctica negativa, sobrecorrección. A continuación se describen a grandes rasgos cada una de ellas.

2.3.1 Extinción

Parte de la premisa de que la conducta está previamente reforzada; la extinción se basa en la eliminación del agente que crea el refuerzo en la conducta, y así modificarla. Esto implica que el agente que refuerza esta conducta deberá ser identificado con anterioridad en relación a la conducta que se desea eliminar (López, 2015). Las ventajas que presenta esta técnica es que permite la reducción de la conducta y su efecto suele ser duradero a más de que la misma no implica la utilización de “estímulos aversivos”. Las desventajas se enfocan en que los reforzadores no siempre son identificados correctamente, y en menor probabilidad puede ocasionar la aparición de conductas agresivas (López, 2015).

2.3.2 TFR

Méndez y Olivares (2001) (citados por López, 2015) refieren que el TFR es el ejercicio de eliminar la oportunidad de un reforzamiento positivo durante períodos de tiempo controlados. Es decir, básicamente la persona es retirada de su refuerzo durante lapsos de tiempo. La continuidad de este ejercicio busca que la persona cambie su conducta. Las ventajas de esta técnica son que las conductas pueden ser modificadas con relativa rapidez, sin embargo, la duración del cambio suele ser temporal, y el sujeto vuelve a la conducta anterior; por lo que se la considera menos eficiente que la extinción (Labrador, 2012). Es recomendable sin embargo utilizar esta técnica combinada con otras en donde se busque en el período de tiempo que el sujeto está fuera del agente reforzador, que se incierten nuevas conductas alternativas.

2.3.3 Costo de respuesta

El sistema se basa en lo que se conoce como “economía de fichas” usado constantemente en sistemas educativos, que básicamente consiste en la utilización de múltiples reforzadores que pueden ser brindados o suprimidos de acuerdo a la conducta que se desea obtener de la persona en quien es aplicada. Este método ha sido sobre todo usado en niños dentro del contexto escolar (Soker, Herrera, Buitrago, & Barón, 2009). Las ventajas de este sistema según Labrador (2012) radica en que permite la reducción de la conducta de forma duradera y rápida y se puede aplicar cuando no se ha logrado identificar el reforzador primario necesario en los modelos de extinción; la ventaja por otro lado es que permite generar respuestas emocionales negativas inclusive, generar problemas en el autocontrol.

2.3.4 Reforzamiento diferencial de otras conductas

Este tipo de reforzamiento, consiste en desenfocar la conducta principal y dar prioridad a otras conductas a través de refuerzos. Así, se consigue que la conducta principal se vaya

paulatinamente descartando y desapareciendo. Lavigna & Donellan, (2001) refieren que este tipo de reforzamiento es uno de los reforzamientos que se considera dentro de las conductas no adversivas; estos autores la definen como “el refuerzo de aquellas conductas que son topográficamente diferentes de la conducta problema” (Lavigna & Donellan, 2001, pág. 46). Las variaciones de este tipo de refuerzo se pueden enfocar en otros tipos de reforzamiento con la misma dinámica de desenfocar la conducta que se desea eliminar y reforzar (usando el método que se desee) conductas alternativas.

2.3.5 Saciación y práctica negativa

López, (2015) refiere que este tipo de modificación de conducta trata de reforzar el estímulo generando saciación o a su vez, reforzar la conducta de manera que este evento resulte ser poco interesante para la persona; destacan porque son procedimientos cuya aplicación es relativamente simple; según Labrador (2012) es eficiente debido a que en relación a la prohibición de la conducta, la saciación la permite hasta que el mismo sujeto deja de interesarse en la misma, lo que no sucede con la eliminación de la conducta; debido a que la persona puede presentar una tendencia a repetirla en tanto tenga la oportunidad.

Al igual que métodos anteriormente descritos, este implica que se identifiquen los reforzadores principales que mantienen la conducta si se realiza desde la práctica positiva; contrario a esto, la práctica negativa (enfocada en la misma conducta y no en el refuerzo) no requiere que esta sea identificada (López, 2015).

2.3.6 Sobrecorrección

La sobrecorrección consiste en amplificar los eventos; por ejemplo, se magnifican los efectos que derivan de una conducta inadecuada. La sobrecorrección puede ser aplicada de dos formas: restitución y práctica positiva. A través de la restitución, se busca que el sujeto repare

el daño ocasionado de la conducta o a su vez, mejorar el estado previo de la misma. La práctica positiva por su parte consiste en la emisión de forma repetitiva de una conducta calificada como positiva (Castillero, 2014).

Algunos autores refieren el éxito de las técnicas operantes en el contexto educativo, por ejemplo, Gutiérrez & Pérez, (2001) mencionan la aplicación de técnicas operantes en trastornos como la dislexia; en cuyas conclusiones se manifiesta que asociar la dislexia con técnicas operantes y vinculaciones con el desarrollo motriz, puede significar un éxito que más allá de ser o no transitorio, permiten al niño desarrollar facultades cognitivas que posteriormente, con el ejercicio escolar, se verán reforzadas, provocando la desaparición de la problemática.

2.4 Técnicas de Relajación

La relajación es un estado simple al que la persona necesita llegar en determinados momentos; podría afirmarse que la relajación implica no hacer nada; lo cual para muchas personas resulta totalmente difícil debido a que los múltiples procesos ambientales y subjetivos por los que está pasando y a los que está sometido, lo mantienen condicionado a un estado de tensión constante (Payné, 2002). Desde esta perspectiva, la relajación implica el abandono temporal de un estado estresante y de agentes ambientales que alteren la estabilidad emocional para restaurarla (Tappe, 2012).

En referencia a la utilidad de la relajación, Tappe (2012) refiere que este estado que fisiológicamente está caracterizado por ciertos factores, es más que un fin, un medio; ya que la relajación, sobre todo en el entorno terapéutico, permite la predisposición física y psíquica de afrontar determinado fenómeno. Entre las características del estado de relajación, Tappe destaca:

“Respiración tranquila, rítmica, distensión muscular, sensación de calor interno y cutáneo, latido cardíaco rítmico y suave, reducción del nivel de ansiedad, mejoría de la

percepción del esquema corporal, afloramiento ocasional de contenidos inconscientes, estado no ordinario de conciencia, vivencias integrativas” (Tappe, 2012, pág. 2)

La importancia de la inducción de un estado de relajación en la modificación de la conducta ha sido objeto durante décadas. Al respecto, González (1997) refiere que las mismas constituyen una pieza fundamental en la terapia de modificación de conducta.

En cuanto a los tipos de técnicas de relajación, Sánchez, Rosa, & Olivares, (2000) mencionan que existen algunos tipos que difieren según sus autores, teniendo las principales aplicados en la modificación de la conducta: “relajación progresiva, relajación condicionada y pasiva, entrenamiento autógeno, respiración, el biofeedback, y técnicas alternativas como meditación, yoga, hipnosis, etc.” (p. 22)

CAPITULO III

Metodología

3.1 Metodología

Es un estudio cualitativo descriptivo de estudio de caso.

El estudio se realiza en base a una intervención grupal, abordada desde un enfoque cognitivo conductual aplicando técnicas como: Relajación y desensibilización sistemática, Técnicas Cognitivas, Técnicas de habilidades sociales y Técnicas de afrontamiento. La intervención se realizará en un marco de 12 sesiones grupales; las tres primeras de Evaluación y establecimiento de Rapport, las siguientes 6 sesiones dirigidas a disminución de la impulsividad, relación de cambio en el control de impulsos y los problemas de consumo y las últimas sesiones dedicadas al re-test y proceso de cierre. Las sesiones se desarrollaran en la Unidad Educativa “Jadán” con la participación de los adolescentes seleccionados por el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) de dicha institución, esperando lograr un adecuado manejo del control de impulsos.

3.2 Muestra

La muestra está conformada por 7 participantes, adolescentes cuyas edades están comprendidas entre 14 y 15 años, han sido remitidos por el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) debido a que presentan problemas conductuales y consumo de sustancias psicoactivas; tanto los participantes como sus padres de familia han firmado un consentimiento informado.

3.3 Criterios

- **Criterios de inclusión:**

Adolescentes que presentan problemas de consumo y problemas conductuales identificados por el DECE de la Unidad Educativa Jadán.

Adolescentes entre 14 y 15 años.

Que asistan regularmente al colegio.

Que cuenten con el consentimiento informado firmado por respectivos representantes.

- **Criterios de exclusión:**

Adolescentes que ya presenten un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias.

Personas que no posean un previo consentimiento informado de sus padres.

Personas que hayan estado internados en clínicas de rehabilitación.

Adolescentes que no asistan regularmente.

3.4 Objetivo General

Describir la influencia de la terapia grupal con enfoque Cognitivo Conductual en el control de impulsos dirigido a adolescentes que presentan consumo de sustancias psicoactivas en la Unidad Educativa “Jadán”

3.5 Objetivos Específicos

- Evaluar la situación actual sobre el consumo de sustancias y el control de impulsos a través de la aplicación de los Test: Test de Ingesta Alcohólica y la Escala de Impulsividad de Barrat.
- Aplicar el programa con enfoque cognitivo conductual.
- Analizar los resultados obtenidos mediante un re-test.

- Socializar los resultados obtenidos con las autoridades de la Institución y con los representantes de los estudiantes.

3.6 Contexto

La Unidad Educativa Jadán se encuentra ubicada en la parroquia Jadán. Jadán se halla localizada al Sur del Ecuador, en la provincia del Azuay, cantón Gualaceo, a 28 km., de la capital Azuaya (Cuenca), y al Noroeste del cantón Gualaceo, a 17 km de la cabecera cantonal (Gualaceo), con una limitación de al norte con el cantón Paute, al sur con la parroquia de Zhidmad, al este con el cantón Gualaceo y al oeste con el cantón Cuenca. A una altura aproximada de 2800 m sobre el nivel del mar. Con una población aproximada de 4363 Habitantes.

Las puertas de acceso de la Unidad Educativa siempre permanecen abiertas y esto los estudiantes lo aprovechan para salir a la tienda sin ningún inconveniente, se percibe un ambiente donde no existen normas ni reglas, ya que a un grupo importante de estudiantes se los puede observar fuera de sus aulas. Entre los profesores y estudiantes se puede apreciar una buena relación dentro del marco de respeto. Pero el problema de consumo afecta el ambiente escolar ya que es una dificultad que genera incidentes a diario. La infraestructura no es apropiada, existen problemas de aseo y las baterías de baños permanecen inoperativas, las aulas están descuidadas existen varias ventanas rotas y puertas dañadas. Existen espacios para recreación pero no están bien provistos.

3.7 Procedimiento

El proceso inicio una vez que los adolescentes fueron derivados por el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), los dos primeros encuentros fueron de conocimiento, establecimiento de Rapport y de recolección de datos; en esta etapa se realiza entrevistas, se

aplica el Test de Ingesta Alcohólica y la Escala de Impulsividad de Barrat, una vez realizada la historia clínica y con los resultados de los test, se diseña la propuesta de intervención grupal para el control de impulsos, se ejecuta en 11 sesiones dirigidas a los adolescentes y una a los padres de familia para finalmente aplicar el re-test, documentar los efectos del proceso y socializar los resultados.

3.8 Casos de Estudio

Con el propósito de poner en práctica la propuesta de Terapia Grupal con Enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos en adolescentes que presentan consumo de sustancias psicoactivas, se tomó un total de 7 casos clínicos derivados por el DECE de la Unidad Educativa “Jadán”

- Caso 1

Nombre: NN

Edad: 14

Profesión: Estudiante

Problemática: Problemas Conductuales y consumo de sustancias psicoactivas.

Rasgos Clínicos: Padres separados, mala relación con sus padres.

- Caso 2

Nombre: NN

Edad: 15

Profesión: Estudiante

Problemática: Problemas Conductuales y consumo de sustancias psicoactivas.

Rasgos Clínicos: Relación conflictiva con su padre. Padre presenta consumo de alcohol crónico.

- Caso 3

Nombre: NN

Edad: 14

Profesión: Estudiante

Problemática: Problemas Conductuales y consumo de sustancias psicoactivas.

Rasgos Clínicos: No se crio con el padre ya que él migro a EEUU.

- Caso 4

Nombre: NN

Edad: 14

Profesión: Estudiante

Problemática: Problemas Conductuales y consumo de sustancias psicoactivas.

Rasgos Clínicos: El hermano consume habitualmente alcohol.

- Caso 5

Nombre: NN

Edad: 15

Profesión: Estudiante

Problemática: Problemas Conductuales y consumo de sustancias psicoactivas.

Rasgos Clínicos: No le conoce a su padre, ya que él le abandono a su madre.

- Caso 6

Nombre: NN

Edad: 14

Profesión: Estudiante

Problemática: Problemas Conductuales y consumo de sustancias psicoactivas.

Rasgos Clínicos:

- Caso 7

Nombre: NN

Edad: 15

Profesión: Estudiante

Problemática: Problemas Conductuales y consumo de sustancias psicoactivas.

Rasgos Clínicos: No le conoció a su padre y la relación con su madre es conflictiva al igual que con sus hermanos.

Sintomatología en común:

Problemas Conductuales y consumo de sustancias psicoactivas.

3.9 Técnicas e Instrumentos

3.9.1 Técnicas

- **Observación directa:** Esta técnica se utilizó para determinar cuál era el comportamiento de los estudiantes, así como su dialogo y actitudes. La observación

consiste en tener contacto directo con el fenómeno a observar, sin intervenir en el mismo; es decir, se observa el proceso; a diferencia de la observación indirecta, en donde el proceso no es observado pero se puntualizan los resultados del mismo (Díaz, 2011)

- **Entrevista psicológica:** La entrevista psicológica es una técnica terapéutica orientada a brindar información relevante. El psicólogo se vale de esta técnica para recabar información, por lo general, la misma es usada en el proceso de diagnóstico; aunque también puede ser usada en etapas posteriores al mismo. Mediante la entrevista se recolectó información importante del estudiante, su entorno e información referente al consumo de sustancias psicoactivas (Perpiñá, 2012)
- **Técnicas de medición psicométrica:** las mismas que fueron utilizadas para evaluar el consumo de alcohol y la impulsividad en los adolescentes para luego de la terapia grupal ser re evaluados y observar el efecto que tuvo la misma (Lozano, 2011)
- **Terapia Cognitiva-Conductual:** La terapia cognitivo conductual es un tratamiento psicoterapéutico que tiene la finalidad de ayudar a los pacientes a comprender que los sentimientos y pensamientos influyen en su comportamiento. La Terapia Cognitiva-Conductual se la utiliza para tratar diversos trastornos como ansiedad, adicciones, depresión, etc. (Labrador, 2012).

La terapia generalmente es a corto plazo y el objetivo es en ayudar a los pacientes a afrontar un problema específico. Las personas aprenden cómo identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos o destructivos que poseen un dominio negativo en su conducta (Castillero, 2014).

3.9.2 Instrumentos

- **Historia Clínica Psicológica:** A través de este instrumento se recolectara importantes datos de los estudiantes que forman parte del estudio, además permitirá obtener información de su estructura familiar y antecedentes personales, experiencias particulares en torno al consumo, todos estos datos influirán de manera significativa en la planificación de la terapia grupal (Sotelo, 2012)
- **Test de Ingesta Alcohólica:** El test AUDIT, siglas en inglés de Alcohol Use Disorders Identification fue elaborado por un grupo de expertos a instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y constituye un instrumento de evaluación la dependencia del consumo de alcohol que presenta una persona (CEOE, 2011)
- **Escala de Impulsividad de Barrat:** La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) es un instrumento extensamente usado en investigación psicológica, psiquiátrica, sociológica y educativa. La versión inicial data de 1959, fue desarrollada como parte de un intento por relacionar ansiedad e impulsividad con la eficiencia psicomotora. (Barret, 1959)

Una revisión posterior de los análisis factoriales de otros autores convenció a Barratt que la impulsividad no es un constructo unidimensional. Planteó que la impulsividad está compuesta de tres subrasgos. Así, la BIS (versión 10) fue rediseñada para medir esos tres componentes, a priori definidos. Barratt denominó estos subrasgos como impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. (Barratt, 1985)

3.10 Esquema del Diagnostico Psicológico

Tabla 1
Esquema de diagnóstico psicológico

Etapa	Actividades	Objetivos	Recursos	Tiempo	Observaciones
Entrevistas Observación Recolección de datos	Presentación individual y rapport de los estudiantes. Explicación de objetivos. Elaboración de la historia clínica.	Establecimiento de recolección de datos. Fortalecer la relación terapéutica.	Humanos: Investigador y participante. Materiales: esferográficos. Técnicos: Historia clínica.	1 hora	En esta etapa las sesiones fueron individuales debido a la confidencialidad.
Aplicación del Test de Ingesta Alcohólica y de la Escala de Impulsividad de Barrat	Informar a los estudiantes sobre los Test que se aplicara y cuál es el objetivo de los mismos.	Conocer el nivel de ingesta alcohólica y de impulsividad de los participantes.	Humanos: investigador y participantes. Materiales: cuestionarios esferográficos.	1 hora	Sesiones grupales
Aplicación de las Técnicas Cognitivas-Conductuales	De acuerdo a la planificación aplicar las técnicas para mejorar el control de impulsos en conductas adolescentes que presentan consumo de sustancias psicoactivas.	Mejorar el control de impulsos. Conocer los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas. Reducir o eliminar conductas desadaptativas.	Humanos: investigador y participantes. Materiales: utilizados de acuerdo a la necesidad de cada sesión.	1 hora	Sesiones grupales

Fuente: Coello, D. (2017)

3.11 Esquema de la Intervención Terapéutica

Objetivos: Mediante la aplicación de técnicas Cognitivas-Conductuales, se pretende alcanzar un adecuado control de impulsos, disminuir los niveles de ansiedad y los problemas de consumo, así como mejorar la capacidad de resolución de problemas.

Consta de 12 sesiones grupales que se impartieron dos veces por semana en un periodo de 6 semanas detalladas a continuación:

Tabla 2
Esquema de intervención terapéutica

Sesiones	Objetivos	Técnicas y Procedimiento	Recursos	Tiempo
1	Presentación. Establecer una buena relación terapéutica, a través de un buen rapport.	Presentación grupal. Charla del procedimiento.	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Hojas, esferos gráficos.	1 hora
Contacto Inicial	Explicar a los participantes sobre la duración de las sesiones, tiempo que va a durar el proceso y el trabajo a realizar. Entrevista inicial. Crear expectativas para las siguientes sesiones.	Historia Clínica.		
2	Entrevista inicial.	Historia Clínica.	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Hojas,	1 hora
Contacto Inicial				

				esferos gráficos.	
3	Evaluación	Aplicar la Batería de TEST. Acercamiento con los participantes.	Test de Ingesta Alcohólica. Escala de impulsividad de Barrat. Juego de Indór.	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Test, esferos gráficos, pelota de Indór.	1 hora
4		Concientización sobre el consumo.	Psicoeducación sobre el consumo de sustancias psicoactivas.	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Computadora portátil.	1 hora
5		Incrementar las habilidades sociales.	Retroalimentación. Ensayo de conducta. Modelado.	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Hojas, esferos gráficos.	1 hora
6		Mejorar el control de impulsos. Establecimiento de normas.	Retroalimentación. Psicoeducación sobre el control de impulsos. Tareas para la casa: Porque son	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Hojas, esferos	1 hora

				importantes normas.	las gráficos, computadora portátil.		
7	Mejorar la capacidad de afrontamiento.			Psicoeducación sobre pensamientos irracionales. Reestructuración Cognitiva.	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Hojas, esferos gráficos.	1 hora	
8	Mejorar la capacidad de afrontamiento.			Técnica de Relajación Jacobson. Solución de problemas.	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Hojas, esferos gráficos, computadora portátil.	1 hora	
9	Mejorar la capacidad de afrontamiento.			Egograma Fortalezas Debilidades. Plan de vida.	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Espejo, hojas, esferos gráficos.	1 hora	
10	Mejorar las relaciones familiares. Trabajo con los padres.			Psicoeducación sobre: el consumo de sustancias, tipos de padres,	Humanos: Investigador y participantes.	1 hora	

				¿cómo mejorar las relaciones familiares?	Materiales: Computadora portátil, diapositivas.	
11	Aplicar el Re-Test			Retroalimentación. Escala de Impulsividad de Barrat.	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Test, esferos gráficos.	1 hora
12	Reafirmar los conocimientos establecidos.			Técnica de la carta. Juego de Indór. Proceso de cierre.	Humanos: Investigador y participantes. Materiales: Hojas, esferos gráficos, pelota de Indór.	1 hora

Fuente: Coello, D. (2017)

CAPITULO IV

Resultados

4.1 Descripción del Grupo

4.1.1 Características

Grupo cerrado

Sesiones: 12

Por semana: 2

Duración: 1 hora

4.1.2 Instrucciones Previas

Al firmar el consentimiento informado:

Respeto

Confidencialidad

Compromiso con las charlas

Participación en las sesiones

4.1.3 Integrantes

Se trata de estudiantes de sexo masculino cuyas edades están comprendidas entre 14 y 15 años, quienes fueron remitidos por el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), pertenecientes al Colegio “Jadán”, de la parroquia Jadán, los mismos fueron remitidos debido a problemas conductuales y consumo de sustancias psicoactivas.

El grupo estaba conformado por 7 adolescentes: 4 de 14 años y tres de 15.

Adolescentes con características a tomar en cuenta como:

Abandono de sus padres debido a la migración, desconocimiento de sus figuras paternas, bajo nivel socio económico, entre otras.

4.2 Evolución de las Sesiones

Sesión 1

La sesión comenzó con la presentación respectiva del terapeuta, y luego de cada uno de los participantes, para hacerla más dinámica se la realizó en un marco de gustos por deportes y cosas a las que cada uno era afín, esto para desarrollar un ambiente de confianza y eliminar la tensión de la primera sesión. Al principio no respondieron bien los participantes ya que interrumpían constantemente y no dejaban que la sesión course su flujo normal. Luego se indicó el porqué de este proceso, los objetivos que se quieren lograr alcanzar y las reglas y normas que debemos cumplir todos durante la terapia. Concluido esto se explicó en qué consistía el consentimiento informado y procedieron a firmar.

Luego se realizó 2 entrevistas individuales, donde los participantes proporcionaron la información debida.

Sesión 2

A la sesión el grupo asiste de forma normal y se continúa con el proceso de entrevistas individuales concluyendo con los 5 adolescentes que faltaban, el proceso ocurrió de manera normal y sin observaciones.

Sesión 3

Se comienza con describir el Test de Ingesta Alcohólica y como tienen que desarrollarlo, el proceso se realizó de manera normal con unas dos preguntas respecto al Test, para esto se realizó una pausa y se explicó la pregunta por si los demás participante tenían dudas. Culminado este test se procedió de la misma manera a explicar la Escala de Impulsividad de Barrat y posteriormente a desarrollarlo. Durante la aplicación de los Test los estudiantes

participaron adecuadamente. Al finalizar se jugó Indór con los adolescentes para generar más confianza dentro del grupo.

Sesión 4

La sesión comienza compartiendo los conocimientos de las sustancias psicoactivas, ¿qué tipos hay?, ¿cuáles son los efectos de las mismas?, a lo cual en principio los adolescentes refieren no haber consumido y comienzan hacer bromas referente al tema pero mientras transcurre la charla se puede observar que tienen conocimiento pleno del tema.

Posterior a eso se realiza la Psicoeducación ya abordando el tema con más profundidad en base a diapositivas. Luego de la Psicoeducación se pide a los estudiantes que reflexionen y compartan ideas del tema, en principio nadie quiso ser voluntario pero se decidió hacerlos de manera aleatoria, unos no se mostraban a gusto hablando pero mientras avanzaba la sesión, todos compartieron. La sesión concluyo con el trabajo escribir 5 cosas positivas y 5 negativas que deja el consumo de sustancias psicoactivas.

Sesión 5

El grupo asiste de forma normal, hasta acomodarse en las sillas existe ruido por parte de los estudiantes y no permitían que la sesión comience. Se procede a explicar que si hacían bulla y no se comportaban adecuadamente la sesión duraría más, una vez reestablecido el orden se realizó una retroalimentación de la sesión anterior y posterior a eso se explicó las técnicas de ensayo de conducta y el modelado, en las cuales participaron de una manera adecuada y cumplieron con todas las consignas. Se puede notar que las técnicas son de agrado de los adolescentes y refieren haberse sentido bien.

Sesión 6

La sesión se da comienzo con todo el grupo, primero se realizó la debida retroalimentación sobre las técnicas (ensayo de conducta, modelado) aprendidas en la sesión anterior, de qué manera les ayudo o cuanto les sirvió. Posterior a eso se realizó una charla del control de impulsos, tema que la mayoría de los participantes manifestaron desconocer, para no crear un ambiente tenso se procedió a realizar la Psicoeducación del control de impulsos y luego a reflexionar el tema tratado y respondiendo preguntas de ¿por qué es de suma importancia un adecuado control de impulsos en diferentes situaciones? Concluido esto se abordó el tema de las normas y reglas que se deben cumplir tanto en la escuela como en el hogar y se les dejo de tarea para el hogar que realicen una lista de normas y reglas que ellos deben cumplir.

Sesión 7

La sesión se dio inicio con el grupo completo. Se comenzó con la Psicoeducación sobre los pensamientos irracionales, cuales son y cómo identificarlos, al terminar se compartió ideas referentes al tema. Luego se realizó la técnica de la reestructuración cognitiva que está ligada a los pensamientos irracionales, el grupo participo de una manera adecuada y muy participativa.

Sesión 8

En esta sesión se produjeron inconvenientes para realizarla, ya que los adolescentes no se le tomaban tan en serio, pero luego de explicarles la importancia que tenía se produjo la relajación de forma normal, al concluir indicaron que se sentían mejor que antes y refirieron que se sienten “tranquilos”. Se les indico que lo podían realizar en sus casas cuando se sientan con ansiedad o con dificultades. Para finalizar se realizó la técnica de resolución de problemas, primeramente se habló sobre diferente problemas que se nos pueden presentar en

la vida como los escolares, económicos, sociales, etc. Luego se pide que identifiquen cada uno un problema y siguieron las consignas de la misma. Al finalizar se reflexionó sobre la técnica y hubo un compromiso de ponerla en práctica.

Sesión 9

La sesión comenzó de manera normal con el grupo completo, para comenzar se trabajó la técnica del Egograma, que fue de mucha ayuda para los participantes para identificar aspectos negativos que eran en su mayoría debido a consumo y una conducta negativa en clases. Luego se realizó la técnica de fortalezas y debilidades, para la mayoría de estudiantes era más fácil reconocer sus debilidades antes que sus fortalezas, debido a esto se incentivó a buscarlas para resaltar también sus aspectos positivos, algo que a los participantes les agrado mucho. Para finalizar se elaboró un plan de vida referente a los estudios y metas personales.

Sesión 10

La sesión no comenzó a su debido tiempo ya que se esperó a los representantes de los estudiantes que llegaran a la Institución Educativa. Lamentablemente solo llegaron 2 padres de familia y con esto se pudo notar que no existe un compromiso serio por parte de los padres de familia. Se comenzó la charla con los dos asistentes, la misma que se centró en el consumo de sustancias en adolescente, los tipos de padres y puntos para mejorar las relaciones familiares, para terminar la charla se presentó un video de cómo afecta una mala relación familiar a todos sus familiares. Luego se realizó un conversatorio de los temas tratados y los asistentes mostraron una buena participación y dispuestos a utilizar los puntos tratados.

Sesión 11

La sesión se dio inicio con el grupo completo, se indicó que esta era la penúltima sesión para reducir la tensión del proceso de cierre. Se realizó una retroalimentación de los temas tratados dentro de la terapia grupal, esta vez los participante participaron de manera voluntaria mostrando un gran entusiasmo. Para finalizar se aplicó el Re-Test de la Escala de Impulsividad de Barrat, el cual lo desarrollaron de manera adecuada.

Sesión 12

La sesión de cierre se efectuó con todos los participantes, se comenzó con la reflexión de lo que se trató a lo largo del tiempo y porque van a ser útiles en las distintas esferas de sus vidas. Se procedió a jugar un partido de Indór y luego compartimos una torta entre todos, en un ambiente de bromas y conclusiones. Para el cierre se utilizó la técnica de la carta, en la cual los participantes pusieron la seriedad del caso y se pudo apreciar que fue un momento de reflexión. Por último se procedió con la respectiva despedida, expresando que yo solo había sido una herramienta en sus vidas y que solo esperaba cosas buenas de ellos.

4.3 Resultados

El proceso de acuerdo a lo establecido en general alcanzó los objetivos planteados, la asistencia de los participantes fue regular gracias a las autoridades de la Institución Educativa ya que era monitoreada por los mismos. El único inconveniente que se encontró fue la inasistencia por parte de los padres a una sesión terapéutica, misma a la que asistieron tan solo dos de los 7 representantes de los estudiantes.

Las sesiones ocurrieron con normalidad, sin inconvenientes, los estudiantes tuvieron una buena participación, se pudo evidenciar cambios a partir de la cuarta sesión donde los participantes

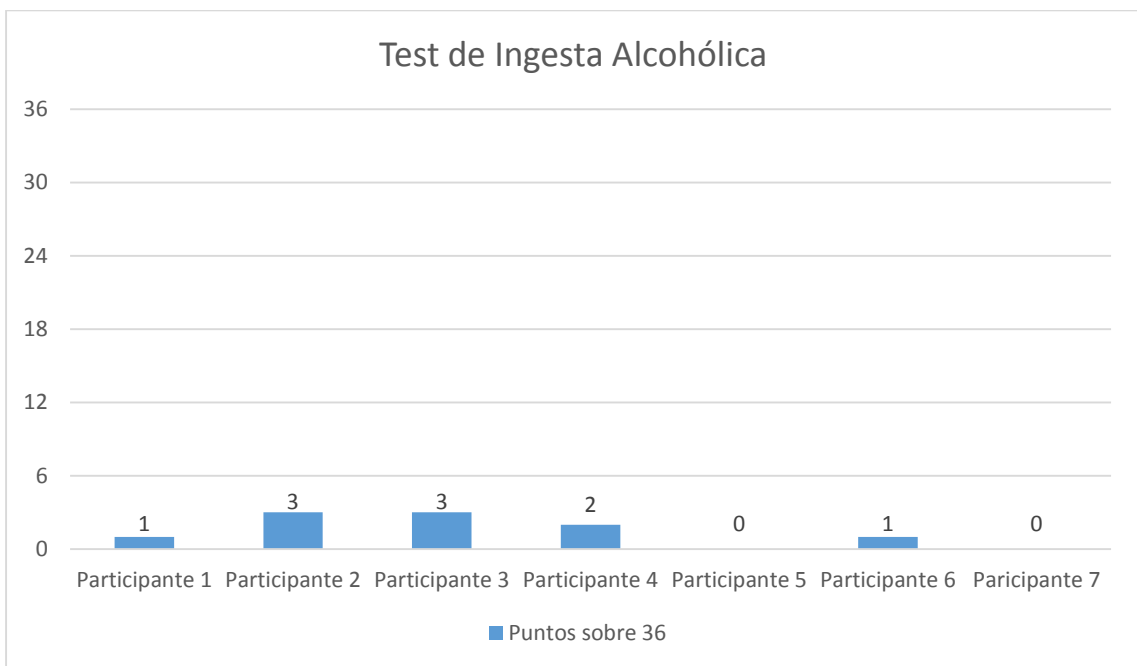
se mostraron más colaboradores y es ahí donde hubo un punto de quiebre ya que los participante estaban prestos a colaborar con cada técnica que se establecía sesión a sesión.

4.3.1 Resultados de la aplicación del Test de Ingesta Alcohólica

El Test fue aplicado con el objetivo de conocer la situación de consumo.

Tabla 3

Resultados por puntuación individual

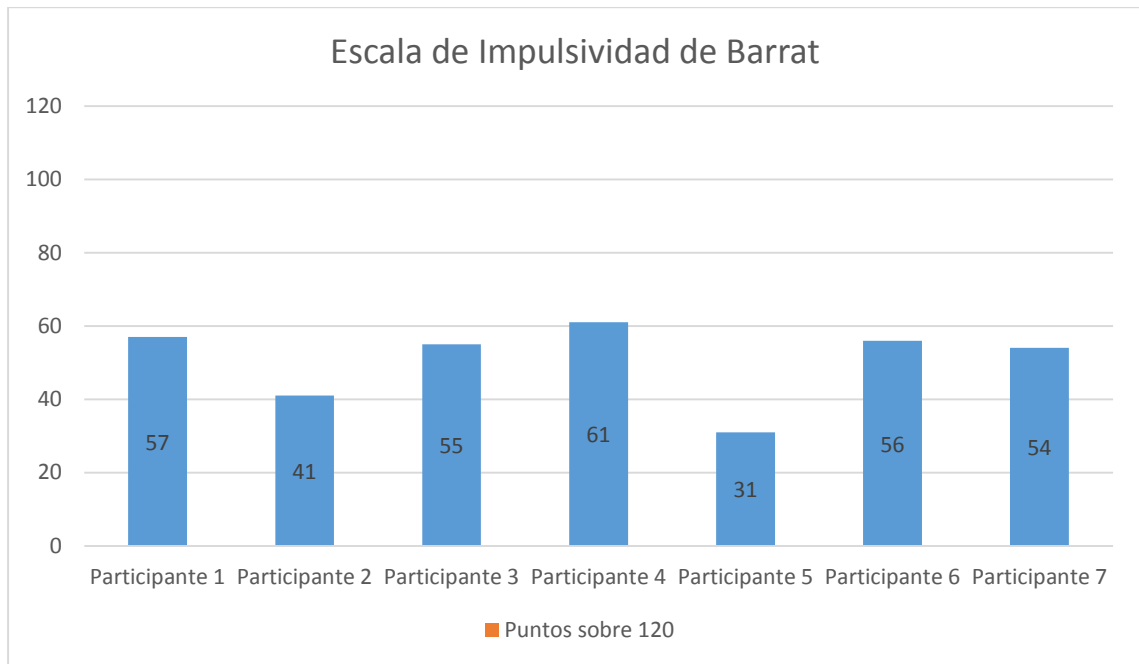


REALIZADO POR DIEGO COELLO

Interpretación: se puede observar que sobre una puntuación de 36 los resultados oscilan entre 0 y 3 que es el índice más alto de los participantes, lo que refleja que no tienen problemas con el consumo de alcohol.

4.3.2 Resultados de la aplicación de la Escala de Impulsividad de Barrat previo a la aplicación de la Terapia Grupal.

Tabla 4
Resultados por puntuación individual

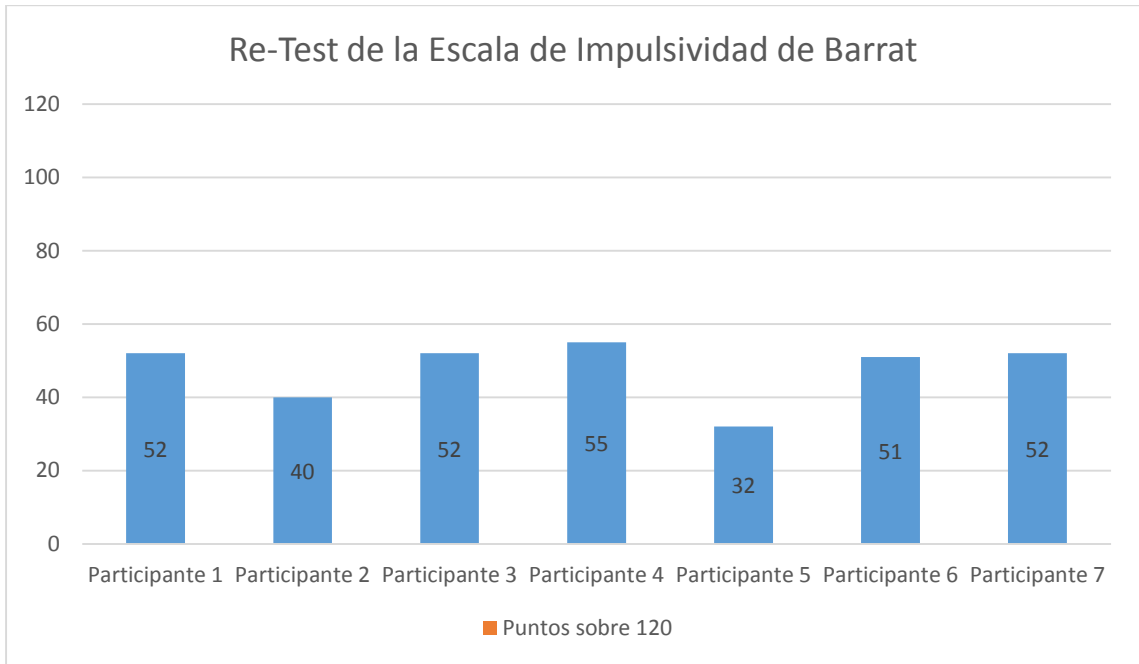


REALIZADO POR DIEGO COELLO

Interpretación: se puede observar que sobre una puntuación de 120 el índice más alto de los participantes es de 61/120 y el resultado más bajo es de 31/120.

4.3.3 Resultados del re-test de la Escala de Impulsividad de Barrat posterior a la aplicación de la Terapia Grupal.

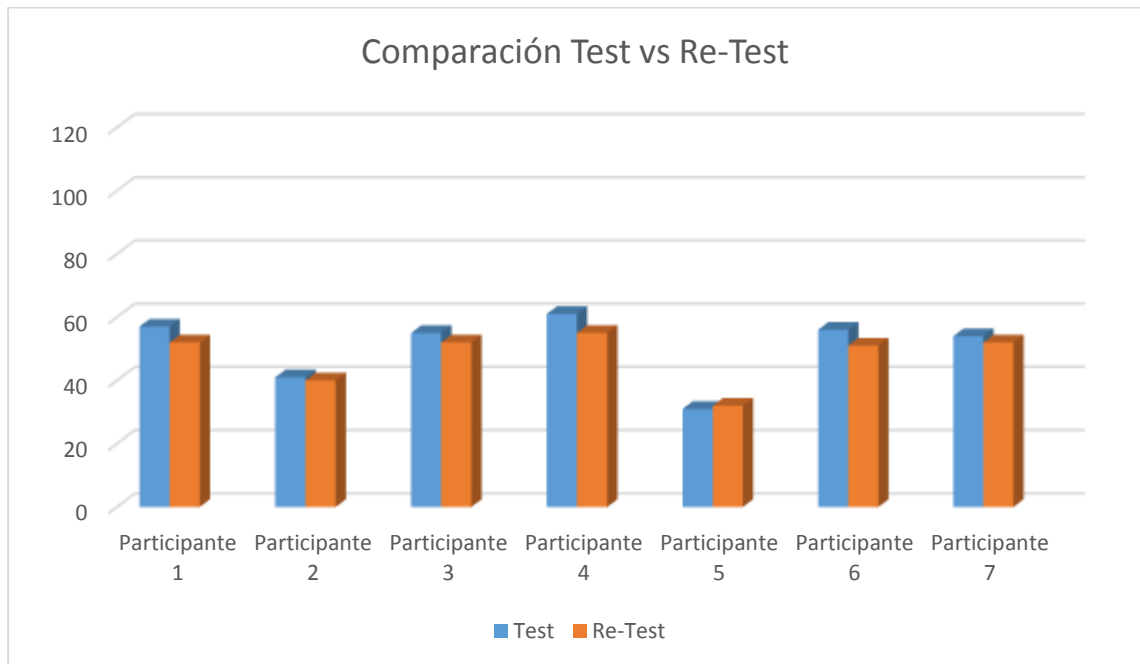
Tabla 5
Resultados por puntuación individual



REALIZADO POR DIEGO COELLO

Interpretación: se puede observar que sobre una puntuación de 120 el índice más alto de los participantes es de 55/120 y el resultado más bajo es de 32/120.

Tabla 6
Comparación de datos



REALIZADO POR DIEGO COELLO

Tal como el grafico presenta, seis de los participantes disminuyeron sus niveles de impulsividad y tan solo uno incremento pero de igual manera su nivel de impulsividad sigue siendo relativamente baja.

CAPÍTULO V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

- ❖ La terapia grupal con enfoque cognitivo-conductual se adecúa bien a las necesidades de los adolescentes y ha logrado tener efecto positivo en el grupo, ya que los niveles de impulsividad redujeron de manera general.
- ❖ Debido a que no se puede constituir una relación directa entre la falta de control de impulsos y el consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a los resultados de los participantes el interés por consumir bebidas alcohólicas u otra tipo de sustancias se desplazó hacia objetivos personales que desean cumplir.
- ❖ El índice de consumo se puede relacionar a que los miembros de cada familia consumen habitualmente bebidas alcohólicas. y de acuerdo al medio en el que se desenvuelven diariamente, ya que es un círculo de habitual consumo.
- ❖ Existe una alarmante despreocupación por los padres de familia y lo único que se consigue con esto es familiarizar el consumo de sustancias por parte de los adolescentes.
- ❖ No existe un proceso de seguimiento metodológico técnicos por parte de las autoridades y del (DECE), lo que podría afectar la consecuencia de los objetivos académicos y personales de los estudiantes.
- ❖ Los adolescentes refieren sentir que no existen otras posibilidades de crecer a nivel personal y esto origina un sentimiento de estancamiento que no va más allá de terminar el bachillerato.

Recomendaciones

- ❖ Es fundamental que se generen procesos similares que brinden apoyo a los adolescentes para que el impacto sea de mayor magnitud y que la mayoría de los estudiantes se vean involucrados.
- ❖ Sería positivo que por parte de las autoridades de la parroquia implementen un proyecto para reducir el consumo de sustancias psicoactivas y fomentar las habilidades deportivas como el fútbol, Indór, ecua-vóley y el atletismo, esto incentivaría a los adolescentes a alejarse del círculo de consumo.
- ❖ Es fundamental trabajar con las familias para que concienticen los efectos negativos que conlleva el consumo de sustancias psicoactivas.
- ❖ Es necesario por parte de las autoridades educativas, que los padres de familia estén más inmiscuidos en lo relacionado con los adolescentes, esto se lograría realizando actividades en las que compartan las dos partes para mejorar el funcionamiento familiar.
- ❖ Es sumamente importante que la mayoría de profesores, por no decir todos, sean capacitados para afrontar los distintos problemas que presentan los estudiantes, como es la eliminación de conductas desadaptativas y que fomenten el desarrollo personal.
- ❖ Referente al sistema educativo es indispensable que se trabaje con planes de vida que favorezcan el crecimiento en las distintas áreas de los estudiantes, así como fomentar el desarrollo de habilidades sociales y personales.

Bibliografía

- Adrián, J., & Rangel, E. (2008). La transición adolescente y la educación. *Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad*, 1-16.
- APA. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: APA.
- Bados, A., & García, E. (2011). *Técnicas operantes*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Barratt, E. (1985). *Impulsiveness subtraits: arousal and information processing In Spence*. North Holland: Izard CE editors.
- Barret, E. (1959). *Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency*. Bruselas: FInd.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papel del psicólogo*, 25-32.
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Dialnet*, 58-61.
- Bravo, B. (2009). *Prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en los adolescentes de los colegios de la ciudad de Cuenca 2009*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Cano, A. (2007). Cognición en adolescentes según Piaget y Vygotski. Dos caras de la misma moneda? *Academia Paulista de Psicología*, 148-166.
- Casas, J., & Ceñal, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Unidad de Medicina del Adolescente*, 20-24.
- Castillero, O. (14 de diciembre de 2014). *Técnicas cognitivo conductuales*. Obtenido de psicología y mente: <https://psicologiaymente.net/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales#!>

- CEOE. (1 de agosto de 2011). *Test AUDIT y CAGE*. Obtenido de ceoe.es:
http://contenidos.ceoe.es/PRL/var/pool/pdf/cms_content_documents-file-767-test-audit-y-cage.pdf
- Díaz, L. (2011). *La observación*. Ciudad de México: Facultad de Psicología UNAM.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2001). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Universidad del País Vasco*, 586-614.
- Fuentes, R., Gamboa, J., & Morales, K. R. (2012). Jean Piaget, aportes a la educación del desarrollo del juicio moral para el siglo XXI. *Revista Convergencia Educativa*, 55-69.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 436-443.
- González, F., García, M., & Salvador, G. (2000). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 257-267.
- Gutiérrez, B., & Pérez, M. (2001). Superación de la dislexia mediante técnicas operantes. *Psicothema*, 323-335.
- Hernández, M. (2013). Tratamiento psicológico de la impulsividad desde la perspectiva de las terapias de conducta de tercera generación. A propósito de un caso. *Anuario de Psicología*, 117-127.
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 88-93.
- Labrador, J. (2012). *Técnicas operantes II: reducción de conductas*. Madrid: Pirámide.
- Lavigna, G., & Donellan, A. (2001). Alternativas al castigo: solucionando problemas de conducta con estrategias no adversivas. *Irvington Publishers*, 45-46.
- Linares, A. (2008). *Desarrollo Cognitivo: las teorías de Piaget y Vygotsky*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

- Loor, P., & Tigua, J. (2015). *Factores que influyen en el consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes de 13 a 14 años de edad en la Réplica del Colegio Vicente Rocafuerte*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- López, M. (2015). *Programa de prevención: Técnicas operantes de modificación de conducta*. Granada: Universidad de Granada.
- Lozano, L. (24 de noviembre de 2011). *Fundamentos de la medición psicométrica*. Obtenido de ujaen.es:
http://www4.ujaen.es/~lmlozano/docencia/Fundamentos/curso_de_fundamentos1.pdf
- Llardi, S., & Craighead, W. (1994). The role of nonspecific factor in cognitive - behavior therapy for depression. *Psicología Clínica: Ciencia y práctica*, 38-55.
- Marutana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica CONdes*, 98-109.
- OMS. (2013). *Desarrollo en la adolescencia*. Obtenido de www.who.int:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Ortiz, A. (2012). *Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años*. Quito: Universidad Internacional del Ecuador.
- Palacios, J. (2010). Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco en adolescentes: validez factorial y relación estructural. *Revistas Científicas de América latina y el Caribe (redalyc)*, 8-15.
- Payné, R. (2002). *Técnicas de Relajación: guía práctica*. Madrid: A and M Gráfico.
- Pedreira, J., & Álvarez, L. (2000). Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación Social*, 69-90.
- Peña, T. (2010). Es viable el conductismo en el siglo XXI? *Scielo*, 125-130.
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica*. Madrid: Editorial Pirámide.

- Puerta, J., & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Magdalena*, 251-257.
- RC Psych. (25 de agosto de 2011). *La terapia Cognitivo Conductual*. Obtenido de sepsiq.org: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>
- Riofrío, R., & Casanheira, L. (2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Latino Americana Enfermagen*, 598-605.
- Romero, J. (18 de julio de 2015). *Qué es un modelo cognitivo conductual*. Obtenido de webpsicologos.com: <https://www.webpsicologos.com/blog/que-es-modelo-cognitivo-conductual/>
- Ruiz, J. (2010). Consumo de sustancias en la infancia y la adolescencia. *Adolescencia EMA.org*, 1-8.
- Sánchez, J., Rosa, A., & Olivares, J. (2000). Las técnicas de relajación en el campo de la psicología clínica y de la salud en España: Una revisión meta-analítica. *Medicina psicosomática y psiquiatría*, 21-36.
- Soker, F., Herrera, P., Buitrago, S., & Barón, L. (2009). Programa de economía de fichas en el hogar. *Diversitas: perspectivas en Psicología*, 373-390.
- Sotelo, I. (2012). Modelo de historias clínicas. *Universidad de Buenos Aires*, 1-16.
- Tappe, J. (11 de julio de 2012). *Técnicas de relajación*. Obtenido de sld.cu: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ejer/relajacion.pdf>
- UJAEN. (11 de febrero de 2014). *Técnicas operantes*. Obtenido de ujaen.es: http://www4.ujaen.es/~ljgarcia/docencia/archivos%20docencia/Tema6_operantes.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado de los Adolescentes

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“TERAPIA GRUPAL CON ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DE IMPULSOS EN ADOLESCENTES QUE PRESENTAN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS EN LA “UNIDAD EDUCATIVA JADAN”

Investigación responsable

Alumno:

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarlo a tomar la decisión de participar, en esta investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

Usted ha sido invitado a participar de un programa psicológico en la Unidad Educativa Jadán. El propósito de este programa es crear un impacto en el consumo de sustancias psicoactivas del mismo modo en el control de impulsos.

Procedimiento de la investigación

Si Ud. acepta participar el procedimiento consiste, primero elaboración de una Historia Clínica luego la aplicación de la batería de Test y finalmente la aplicación del programa que consta de 12 sesiones.

Beneficios

Los beneficios que obtendrá serán correspondientes al empeño que muestre en cada sesión y todo lo aprendido.

Riesgos

Esta investigación no tiene riesgos para usted.

Confidencialidad de la información personal y psicológica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad, se utilizarán exclusivamente con fines de investigación psicológica, todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunas preguntas si prefiere.

Si decide retirarse del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario con respecto a las evaluaciones favor diríjase con el Alumno..... al mail xxxxxxxxxxxxxxxx o al celular 0000000000

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación psicológica, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar, que me puedo retirar en el momento que lo desee y que puedo no responder algunos cuestionarios o preguntas si lo prefiero.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

No estoy renunciando a ninguno derecho de tratamiento.

Se me comunicara de toda nueva información relacionada con el estudio que surja y que pueda tener importancia directa para mi condición de salud.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante menor de edad: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Alumno.....

Investigador responsable

Firma: _____

Fecha: _____

Consentimiento Informado para los Padres

DOCUMENTO DE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“TERAPIA GRUPAL CON ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DE IMPULSOS EN ADOLESCENTES QUE PRESENTAN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS EN LA “UNIDAD EDUCATIVA JADAN”

Investigación responsable

Representante:

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarle a tomar la decisión de que su representado participe en esta investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

Su representado ha sido invitado a participar de un programa psicológico en la Unidad Educativa Jadán. El propósito de este programa es crear un impacto en el consumo de sustancias psicoactivas del mismo modo en el control de impulsos.

Procedimiento de la investigación

Si Ud. acepta que su representado participe, el procedimiento consiste primero elaboración de una Historia Clínica luego la aplicación de la batería de Test y finalmente la aplicación del programa que consta de 12 sesiones.

Beneficios

Los beneficios que obtendrá serán correspondientes al empeño que muestre su representado en cada sesión y todo lo aprendido.

Riesgos

Esta investigación no tiene riesgos para usted.

Confidencialidad de la información personal y psicológica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad, se utilizaran exclusivamente con fines de investigación psicológica, todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. También podrá retirar del estudio a su representado en el momento en que estime conveniente.

Si decide retirar a su representado del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario con respecto a las evaluaciones favor diríjase con el Alumno..... al mail xxxxxxxxxxxxxx o al celular 0000000000

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación psicológica, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tiene mi representado por participar.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

No estoy renunciando a ninguno derecho de tratamiento.

Se me comunicara de toda nueva información relacionada con el estudio que surja y que pueda tener importancia.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre del representante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Alumno.....

Investigador responsable

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Escala de Impulsividad de Barratt

Raramente Ocasionalmente A menudo Siempre

1. Planifico mis tareas con cuidado
2. Hago las cosas sin pensarlas
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho
4. Pensamientos a gran velocidad
5. Planifico mis viajes con antelación
6. Soy una persona con autocontrol
7. Se me hace fácil concentrarme
8. Ahorro con regularidad
9. Se me hace difícil estar quieto largo tiempo
10. Pienso las cosas cuidadosamente
11. Planifico para tener un trabajo fijo
12. Digo las cosas sin pensarlas
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados
14. Cambio de trabajo frecuentemente
15. Actuó impulsivamente
16. Me aburro con facilidad resolviendo problemas en mi mente
17. Visito Medico y Dentista regularmente
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren
19. Soy una persona que piensa sin distraerse
20. Cambio de vivienda a menudo
21. Compró cosas impulsivamente
22. Yo termino lo que empiezo

23. Camino y me muevo con rapidez
24. Resuelvo los problemas experimentando
25. Gasto en efectivo o en crédito más de lo que gano
26. Hablo rápido
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando
28. Me interesa más el presente que el futuro
29. Me siento inquieto en clases o charlas
30. Planifico para el futuro

Anexo 3. Test de Ingesta Alcohólica

1. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

- 0. Nunca
- 1. Una o menos veces al mes
- 2. 2 a 4 veces al mes
- 3. 2 o 3 veces a la semana
- 4. 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?

- 0. 1 o 2
- 1. 3 o 4
- 2. 5 o 6
- 3. 7 a 9
- 4. 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez/mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez/mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?

0. Nunca

1. Menos de una vez/mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?

0. Nunca

1. Menos de una vez/mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

0. Nunca

1. Menos de una vez/mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?

0. Nunca

1. Menos de una vez/mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

9. Tú o alguna otra persona ¿Habéis resultado heridos porque habías bebido?

0. No

1. Sí, pero no en el curso del último año

2. Sí, en el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?

0. No

1. Sí, pero no en el curso del último año

2. Sí, en el último año

Anexo 4. Guía de la Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos en adolescentes que presentan consumo de sustancias psicoactivas.

Sesiones Grupales

Sesión 1

Objetivos:

- Presentación.
- Establecer una buena relación terapéutica, a través de un buen rapport.
- Explicar a los participantes sobre la duración de las sesiones, tiempo que va a durar el proceso y el trabajo a realizar.
- Entrevista inicial.
- Crear expectativas para las siguientes sesiones.

Recursos:

- Hojas de papel.
- Esferográficos.

Tiempo:

1 hora

Método:

- Bienvenida y presentación de los miembros del grupo.

Se pide a los participantes colocarse de manera circular, una vez ubicados los integrantes dicen: el nombre, deporte o actividades que les gusta realizar.

- Charla referente a la Terapia Grupal.

En este punto se les dará a conocer el porqué de este proceso, los objetivos que se quieran lograr alcanzar y las reglas y normas que debemos cumplir durante la terapia. Concluido esto se explicó en qué consistía el consentimiento informado y procedieron a firmar.

Sesión 2

Objetivos:

- Entrevista inicial.

Recursos:

- Hojas de papel.
- Esferográficos.

Tiempo:

1 hora

Método:

- Historia Clínica.

La Historia Clínica se la realiza de manera individual con cada participante y tiene como finalidad recabar datos importantes de cada estudiante. Primero entraba un estudiante mientras los demás esperaban afuera y luego iban entrando de manera aleatoria.

Sesión 3

Objetivos:

- Aplicar la Batería de TEST.

- Acercamiento con los participantes.

Recursos:

- Test.
- Esferográficos.
- Pelota de Indór.

Tiempo:

1 hora

Método:

- Aplicar la batería de Test.

En este punto se les proporciona información acerca de los Test que se les va a aplicar y posteriormente se aplicó los respectivos Test (Test de Ingesta Alcohólica y la Escala de Impulsividad de Barrat).

- Partido de Indór.

Para disminuir los niveles de ansiedad e inseguridades de los participantes se jugó un partido de Indór que permitió generar un ambiente de confianza y mejorar las condiciones de trabajo grupal.

Sesión 4

Objetivos:

- Concientización sobre el consumo.

Recursos:

- Computadora portátil.
- Diapositivas.

Tiempo:

1 hora

Método:

- Psicoeducación sobre el consumo de sustancias psicoactivas.

Charla introductoria sobre las sustancias psicoactivas, los tipos de sustancias, cuales son los efectos de las mismas. Posterior a eso se realiza la Psicoeducación ya abordando el tema a profundidad en base a diapositivas presentadas, luego de la Psicoeducación se pide a los estudiantes que reflexionen y compartan ideas del tema.

Sesión 5**Objetivos:**

- Incrementar las habilidades sociales.

Recursos:

- Hojas de papel.
- Esferográficos.

Tiempo:

1 hora

Método:

- Retroalimentación.

Se proporciona una adecuada retroalimentación de la sesión anterior donde el tema principal fue el consumo de sustancias psicoactivas.

Técnica:

- Ensayo de conducta.

Se pide a los estudiantes que se sienten de manera circular para comenzar a trabajar. Posterior a eso se les indica que el trabajo es individual, se explica la técnica y los pasos a seguir que son los siguientes:

1. Descripción de la situación problema.
2. Representación de lo que el paciente hace normalmente en esa situación.
3. Identificación de las conductas-cogniciones desadaptativas.
4. Identificación de necesidades y derechos básicos implicados en esa situación.
5. Identificación de un objeto adecuado para la respuesta del paciente, evaluación de los objetivos a corto y largo plazo.
6. Sugerencias de respuestas alternativas del individuo y del resto del grupo.
7. Demostración de una de estas respuestas por parte de otro (modelado).
8. Practica previa del paciente como preparación para la representación de papeles.
9. Representación del paciente de la conducta elegida, teniendo en cuenta: la conducta del modelo, las sugerencias aportadas, su propio estilo.
10. Evaluación de la eficacia de la respuesta por el que ha representado el papel y por el resto del grupo, incluido el terapeuta (refuerzo positivo siempre y señalar los aspectos a mejorar).
11. Teniendo en cuenta la evaluación realizada se vuelve a representar (modelar) la conducta, incorporando alguna de las sugerencias (lo hace el terapeuta, el mismo paciente, otro del grupo).
12. Se repiten los pasos anteriores las veces que sea necesario (no todos, del 6 al 11).
13. Se repite la escena entera con las mejoras incorporadas.

14. Últimas instrucciones para el paciente: Refuerzo y Tareas para casa.

15. En la siguiente sesión se hace la evaluación de la generalización a la vida real.

- Modelado.

Para esta técnica igual los estudiantes se ordenaron de manera circular para el trabajo grupal.

Primeramente un participante describe la situación problemática y el modelo (terapeuta u otro miembro del grupo) muestran correctamente la conducta que tendría lugar en ese momento.

Culminado el primer participante se continuara con el resto de adolescentes.

Sesión 6

Objetivos:

- Mejorar el control de impulsos.
- Establecimiento de normas.

Recursos:

- Hojas de papel.
- Esferográficos.
- Computadora portátil.

Tiempo:

1 hora

Método:

- Retroalimentación.

Se proporciona una adecuada retroalimentación de la sesión anterior donde se aprendieron las técnicas de ensayo de conducta y el modelado, se les pregunta cuál fue el resultado al ponerlas en práctica y como se sintieron respecto a ellas.

- Psicoeducación sobre el control de impulsos.

Se comienza preguntado a los chicos sobre el control de impulsos de manera general, la mayoría no podía responder ya que argumentaban no tener conocimiento sobre el tema. Luego se realizó la Psicoeducación sobre el control de impulsos de forma global, luego se procedió a reflexionar del tema tratado y a responder preguntas de por qué es importante un adecuado control de impulsos en diferentes situaciones.

- Tareas para la casa: Porque son importantes las normas.

Se abordó el tema de las normas y porque son importantes las mismas, cada participante mencionaba diferentes normas que se debe cumplir tanto en la escuela como en la casa; para concluir se pidió a los estudiantes que realicen una lista de normas y reglas que ellos deben cumplir.

Sesión 7

Objetivos:

- Mejorar la capacidad de afrontamiento.

Recursos:

- Hojas de papel.
- Esferográficos.

Tiempo:

1 hora

Método:

- Psicoeducación sobre pensamientos irracionales.

Se proporciona a los participantes toda la información relacionada a los pensamientos irracionales, ¿qué son?, ¿cómo se originan?, ¿porqué se originan? Y las alternativas para solucionarlo. Luego se pide a los estudiantes que compartan los pensamientos irracionales que tienen sobre ellos y cuál es el estado de ánimo que se producen los mismos.

Técnica:

- Reestructuración Cognitiva.

Para realizar esta técnica se pide a los participantes que se ordenen de manera circular y se les indica que el trabajo es individual y se procede a explicar y realizar los siguientes pasos:

1. Cambiar autoafirmaciones irracionales autoinducidas por autoafirmaciones racionales.
2. Identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad, desesperanza) que estoy sintiendo.
3. Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales e identificar los pensamientos automáticos.
4. Realizar afirmaciones que describan una forma alternativa y sana de observar la situación.

Sesión 8

Objetivos:

- Mejorar la capacidad de afrontamiento.

Recursos:

- Hojas de papel.

- Esferográficos.
- Computadora portátil.

Tiempo:

1 hora

Técnica:

- Técnica de Relajación de Jacobson.

Para realizar esta técnica se siguieron los siguientes pasos:

1. Estírate en un lugar cómodo y relajado. Intenta que no haya interrupciones o molestias.
2. Concéntrate en la respiración. Inspira profundamente y exhala lentamente hasta que te sientas más relajado.
3. Concéntrate en tu pie derecho. Visualízalo en tu mente y ténsalo. Aprieta los dedos y provoca una gran tensión en tu pie derecho.
4. Cuenta hasta 5 y relaja los músculos del pie.
5. Concéntrate en la sensación de relajación del pie.
6. Haz lo mismo con tu pie izquierdo. Cuando lo hayas hecho continúa con tus piernas, tus rodillas, las caderas, el abdomen, los brazos, las manos, los hombros, el cuello y la cabeza.
7. Cuando llegues a la cabeza atiende especialmente a la relajación de las mandíbulas, el cuero cabelludo y la frente, puesto que son zonas que suelen acumular mucha tensión.

- Solución de problemas.

Para esta técnica se pide a los participantes que se planteen un problema, una dificultad, una situación que produzca ansiedad o estrés. Los pasos son los siguientes:

1. Pare y piense: ¿Existe un problema?, ¿Cómo puedo solucionarlo?

2. ¿Cuál es el problema?
3. ¿Cuáles son las diferentes formas en que se puede solucionar el problema?
4. Evalué las alternativas
 - . ¿Es viable, se puede hacer?
 - . ¿Sirve para solucionar el problema?
 - . ¿Consecuencias positivas: ventajas?
 - . ¿Consecuencias negativas: desventajas?
5. Escoja y plantee realizar una de ellas
6. ¿Qué recursos le hacen falta?
7. Realizarlo

Sesión 9

Objetivos:

- Mejorar la capacidad de afrontamiento.

Recursos:

- Hojas de papel.
- Esferográficos.
- Espejo.

Tiempo:

1 hora

Método:

- Fortalezas y Debilidades.

Se indica a los participantes que el trabajo es individual y luego que en una hoja escriban 10 fortalezas y 10 debilidades. Para los estudiantes fue más fácil notar sus debilidades y no tanto en sus fortalezas.

- Plan de vida.

Se realiza un plan de vida con los participantes enfocándonos en el estudio y en metas personales. Tienen que describir sus objetivos y que es lo que tienen que realizar para alcanzar los mismos.

Técnicas:

- Egograma

Para esta técnica se pide a los estudiantes que saquen una hoja de papel y mediante una cruz dividir la hoja en cuatro partes.

En la primera deben escribir ¿Cómo veo yo?

En la segunda ¿Qué es lo que yo quiero cambiar?

En la tercera ¿Cómo me ven los demás?

Y en la cuarta ¿Qué es lo que los demás quieren que cambie?

Sesión 10

Objetivos:

- Mejorar las relaciones familiares.
- Trabajo con los padres.

Recursos:

- Computadora portátil.

- Diapositivas.

Tiempo:

1 hora

Método:

- Psicoeducación sobre: el consumo de sustancias, tipos de padres, ¿cómo mejorar las relaciones familiares?

La sesión comenzó con la reproducción de un video relacionado con el ejemplo de los padres hacia los hijos. Posterior a eso se realizó una charla sobre el consumo de sustancias, como estas afectan tanto a la persona que la consume y a su entorno familiar. El tipo de padres que existen y como mejorar las relaciones familiares, para esto se utilizaban indicaban pautas para lograr el objetivo. Para finalizar los padres de familia daban su punto de opinión y compartían experiencias.

Sesión 11

Objetivos:

- Aplicar el Re-Test

Recursos:

- Test.
- Esferográficos.

Tiempo:

1 hora

Método.

Sesión 11

La sesión se dio inicio con el grupo completo, se les indico que esta era la penúltima sesión para reducir la tensión del proceso de cierre. Se realizó una retroalimentación de los temas tratados dentro de la terapia grupal, esta vez los participante participaron de manera voluntaria mostrando un gran entusiasmo. Para finalizar se aplicó el Re-Test de la Escala de Impulsividad de Barrat, el cual lo desarrollaron de manera adecuada.

- Retroalimentación.

La sesión inicia con la retroalimentación de los temas tratados a lo largo de la terapia grupal, experiencias de los participantes, valorar resultados y reforzar la conducta de los adolescentes.

- Aplicar el Re-Test.

Se aplica la Escala de Impulsividad de Barratt para evaluar los resultados.

Sesión 12

Objetivos:

- Reafirmar los conocimientos establecidos.

Recursos:

- Hojas de papel.
- Esferográficos.
- Pelota de Indór.

Tiempo:

1 hora

Método:**Sesión 12**

La sesión de cierre se efectuó con todos los participantes, se comenzó con la reflexión de lo que se trató a lo largo del tiempo y porque van a ser útiles en las distintas esferas de sus vidas. Se procedió a jugar un partido de Indór y luego compartimos una torta entre todos, en un ambiente de bromas y conclusiones. Para el cierre se utilizó la técnica de la carta, en la cual los participantes pusieron la seriedad del caso y se pudo apreciar que fue un momento de reflexión. Por último procedí a despedirme señalando que yo solo había sido una herramienta en sus vidas y que solo esperaba cosas buenas de ellos.

- Retroalimentación.

La sesión inicia con la retroalimentación de los temas tratados a lo largo de la terapia grupal, experiencias de los participantes, valorar resultados y reforzar la conducta de los adolescentes.

- Juego de Indór.

Para concluir el proceso con los adolescentes se decidió por jugar un partido de Indór, el cual fue muy emotivo ya que fue divertido para todos.

- Proceso de cierre.

Compartimos una torta con los adolescentes dentro de un marco de chistes, bromas y posterior a eso se comparte vivencias que ocurrieron dentro de la terapia grupal y se procedió a dar por culminado la terapia grupal.

Técnica:

- Técnica de la carta.

Se pide a los participantes que en una hoja escriban todo lo que les haga sentir mal, así como pensamientos negativos y cosas que a ellos les desagraden; luego de eso cada uno tiene que quemarla.

Anexo 5. HISTORIAS CLÍNICAS

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: NN

Edad: 14 años

Estado civil: soltero

Fecha de nacimiento: 16/11/2002

Residencia: Jadán

Dirección: Bellavista

Instrucción: cursando Secundaria

Ocupación: Estudiante

Fuente de información: Directa

Confiable: Alta

Terapeuta: Diego Coello Pinos

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente derivado por la Institución Educativa para la aplicación de la Terapia Grupal.

3. ANTECEDENTES

Sus padres son separados desde que él nació. La relación con su mamá es conflictiva al igual que con su padre, no se lleva bien con los hermanos porque refiere que todos son peleones.

Tiene una operación en el brazo, no utiliza aparatos y no ha tenido enfermedades.

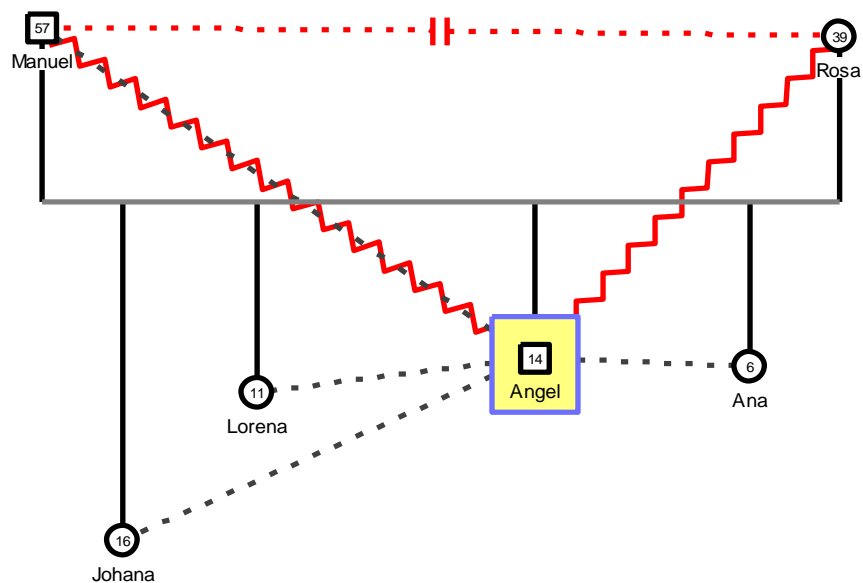
Estudio la escuela en el Vicente Zamora y luego en el Tadeo Torres, tiene que salir de la Institución Vicente Zamora por problemas con su representante por no colaborar para una actividad, mantenía buena relación con los compañeros. En el colegio igual la relación con los

compañeros es de respeto; pierde el año escolar en 9no en Matemáticas y Estudios Sociales, ahora sus calificaciones no son tan buenas.

A los 12 años consume por primera vez alcohol, una vez al mes ingiere bebidas alcohólicas. Igualmente a la misma edad consume tabaco y su consumo ahora es de uno por mes. La madre no consume alcohol pero su padre sí.

Tuvo su primera novia a la edad de 13 años, no ha tenido relaciones sexuales.

4. PSICOBIOGRAFÍA, BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA Y FAMILIAR



5. RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Test de Ingesta Alcohólica

Puntaje Obtenido: 1

Interpretación: No es preocupante

Escala de Impulsividad de Barrat

Puntaje Obtenido: 57

Re-Test

Puntaje Obtenido: 52

6. DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

Problemas de control de impulsos y presunto consumo de sustancias psicoactivas.

7. DIANÓSTICO INFORMAL O DE PERSONALIDAD

Paciente de 14 años de edad, se evidencian rasgos de personalidad límite, debido a su impulsividad y presunto consumo de sustancias.

8. DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Realizar Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: NN

Edad: 15 años

Estado civil: soltero

Fecha de nacimiento: 20/04/2001

Residencia: Vegaspamba

Dirección: Vegaspamba

Instrucción: cursando Secundaria

Ocupación: Estudiante

Fuente de información: Directa

Confiabilidad: Alta

Terapeuta: Diego Coello Pinos

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente derivado por la Institución Educativa para la aplicación de la Terapia Grupal.

3. ANTECEDENTES

No le conoció al padre, con Carlos mantiene una buena relación mientras que con el resto de la familia es conflictiva.

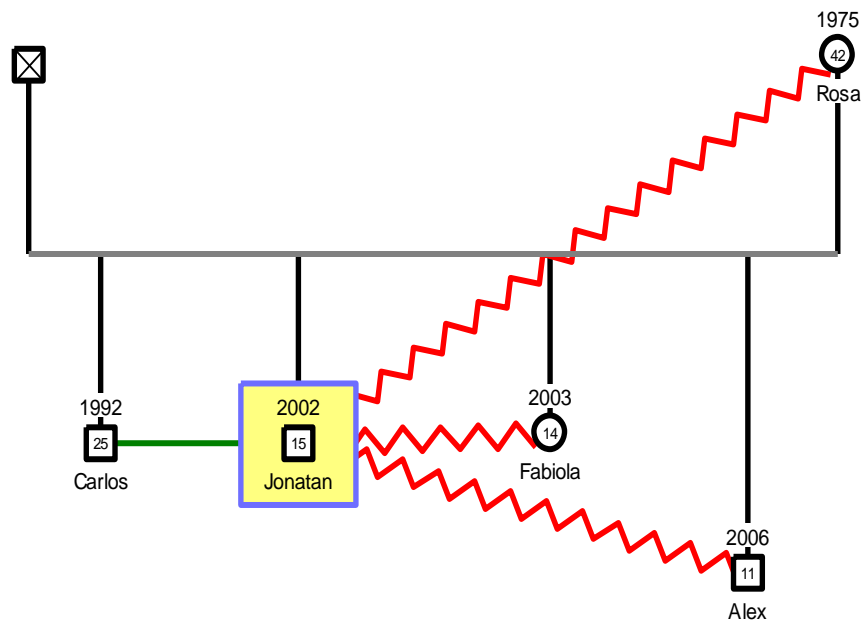
No utiliza aparatos y no ha tenido enfermedades.

Estudio la escuela en el Vegaspamba, no presentaba una buena relación con sus compañeros ya que según manifiesta no les agradaba. En el colegio pierde el año escolar en 10mo en Matemáticas, ahora sus calificaciones no son tan buenas.

Refiere que no ha consumido alcohol, tabaco ni drogas. La madre consume alcohol pero poco, comenta que su hermano (Carlos) consume una vez al año.

No ha tenido relaciones sexuales.

4. PSICOBIOGRAFÍA, BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA Y FAMILIAR



5. RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Test de Ingesta Alcohólica

Puntaje Obtenido: 0

Interpretación: No es preocupante

Escala de Impulsividad de Barrat

Puntaje Obtenido: 54

Re-Test

Puntaje Obtenido: 52

6. DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

Problemas de control de impulsos y presunto consumo de sustancias psicoactivas.

7. DIANÓSTICO INFORMAL O DE PERSONALIDAD

Paciente de 15 años de edad, se evidencian rasgos de personalidad límite, debido a su impulsividad y presunto consumo de sustancias.

8. DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Realizar Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: NN

Edad: 14 años

Estado civil: soltero

Fecha de nacimiento: 02/03/2002

Residencia: Jadán

Dirección: Jadán

Instrucción: cursando Secundaria

Ocupación: Estudiante

Fuente de información: Directa

Confiabilidad: Alta

Terapeuta: Diego Coello Pinos

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente derivado por la Institución Educativa para la aplicación de la Terapia Grupal.

3. ANTECEDENTES

Los padres viven en Estados Unidos, se fueron hace 8 años. Presenta buena relación con los papas y los hermanos. Comenta que el padre piensa regresar al país en Abril.

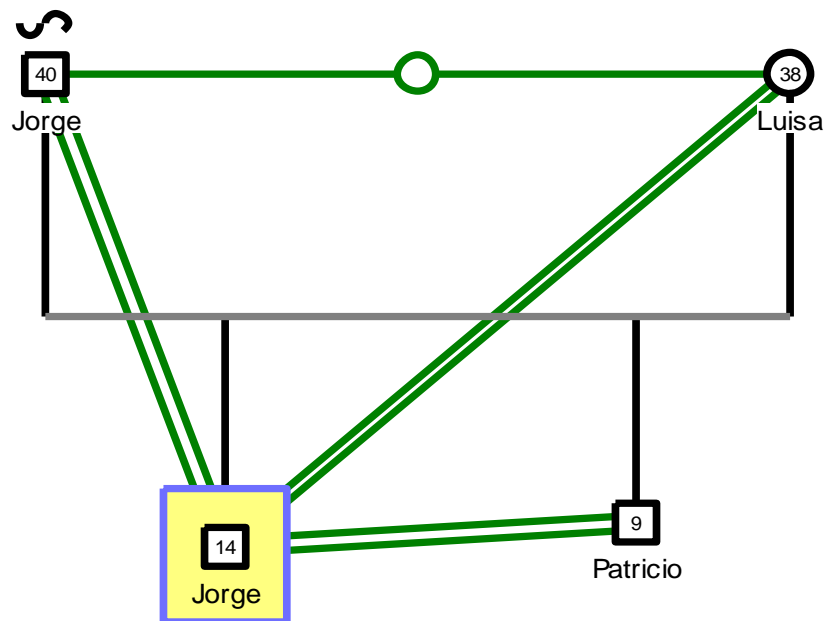
No ha tenido operaciones ni enfermedades, no utiliza aparatos.

Estudio la escuela en la Institución educativa Tadeo Torres donde no presento dificultad alguna; el colegio lo está cursando en el colegio Jadán, donde a nivel académico se le dificulta mucho, manifiesta que la relación con sus compañeros es buena. Tiene dificultades en matemáticas e inglés.

A los 14 años consume por primera vez alcohol, una vez al mes ingiere bebidas alcohólicas. Refiere no haber consumido tabaco ni otras sustancias.

No ha tenido relaciones sexuales.

4. PSICOBIOGRAFÍA, BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA Y FAMILIAR



5. RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Test de Ingesta Alcohólica

Puntaje Obtenido: 3

Interpretación: No es preocupante

Escala de Impulsividad de Barrat

Puntaje Obtenido: 55

Re-Test

Puntaje Obtenido: 52

6. DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

Problemas de control de impulsos y presunto consumo de sustancias psicoactivas.

7. DIANÓSTICO INFORMAL O DE PERSONALIDAD

Paciente de 14 años de edad, se evidencian rasgos de personalidad límite, debido a su impulsividad y presunto consumo de sustancias.

8. DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Realizar Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: NN

Edad: 15 años

Estado civil: soltero

Fecha de nacimiento: 21/08/2001

Residencia: Granda

Dirección: Granda

Instrucción: Cursando Secundaria

Ocupación: Estudiante

Fuente de información: Directa

Confiabilidad: Alta

Terapeuta: Diego Coello Pinos

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente derivado por la Institución Educativa para la aplicación de la Terapia Grupal.

3. ANTECEDENTES

Sus padres presentan conflictos debido al consumo de su padre.

No ha sido intervenido quirúrgicamente, no utiliza aparatos y no ha tenido enfermedades.

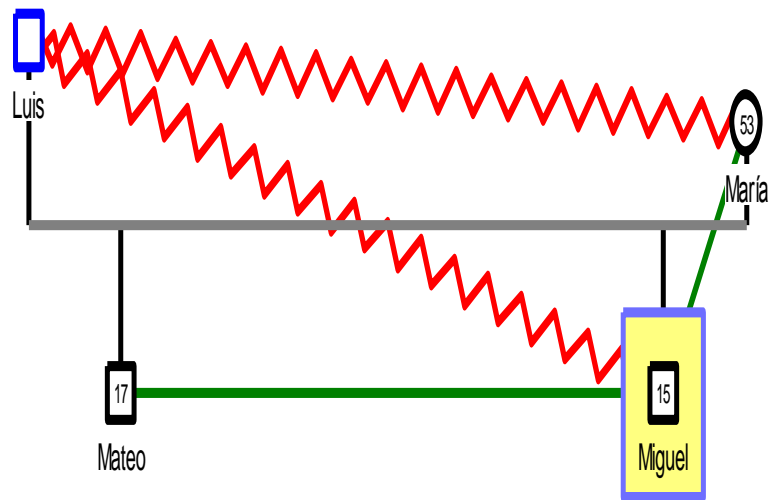
Estudio la escuela en la unidad educativa “Camilo Gallegos Domínguez” en la cual no presento dificultades. El colegio lo está cursando en la Institución Jadán, pierde el año en 10mo en matemáticas, manifiesta tener buena relación con sus compañeros.

A los 14 años consume por primera vez alcohol, una vez al mes ingiere bebidas alcohólicas.

Refiere no consumir otras sustancias. Manifiesta que el padre consume alcohol de una manera excesiva.

No ha tenido relaciones sexuales.

4. PSICOBIOGRAFÍA, BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA Y FAMILIAR



5. RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Test de Ingesta Alcohólica

Puntaje Obtenido: 3

Interpretación: No es preocupante

Escala de Impulsividad de Barrat

Puntaje Obtenido: 41

Re-Test

Puntaje Obtenido: 40

6. DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

Problemas de control de impulsos y presunto consumo de sustancias psicoactivas.

7. DIANÓSTICO INFORMAL O DE PERSONALIDAD

Paciente de 15 años de edad, se evidencian rasgos de personalidad límite, debido a su impulsividad y presunto consumo de sustancias.

8. DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Realizar Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: NN

Edad: 14 años

Estado civil: soltero

Fecha de nacimiento: 16/09/2002

Residencia: Uzhoc

Dirección: Uzhoc

Instrucción: cursando Secundaria

Ocupación: Estudiante

Fuente de información: Directa

Confiabilidad: Alta

Terapeuta: Diego Coello Pinos

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente derivado por la Institución Educativa para la aplicación de la Terapia Grupal.

3. ANTECEDENTES

Mantiene buena relación con sus padres y hermanos.

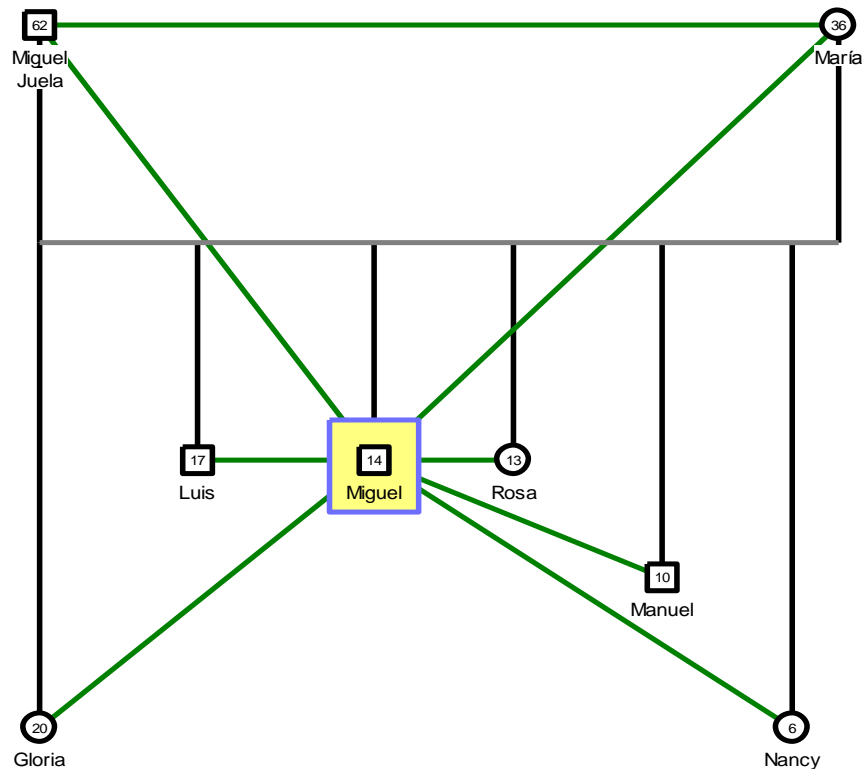
No ha sido intervenido quirúrgicamente, no utiliza aparatos y no ha tenido enfermedades.

Estudio la escuela en el Vicente Zamora donde no presento dificultades. En el colegio la relación con los compañeros es buena y al igual que en la escuela no presenta dificultades.

A los 12 años consume por primera vez alcohol, refiere que ahora consume una vez al mes. Manifiesta no haber probado otra sustancia. Comenta que los padres no consumen alcohol pero si Luis (hermano) una vez cada semana.

No ha tenido relaciones sexuales.

4. PSICOBIOGRAFÍA, BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA Y FAMILIAR



5. RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Test de Ingesta Alcohólica

Puntaje Obtenido: 2

Interpretación: No es preocupante

Escala de Impulsividad de Barrat

Puntaje Obtenido: 61

Re-Test

Puntaje Obtenido: 55

6. DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad moderado con Presentación predominante hiperactiva/impulsiva.

7. DIANÓSTICO INFORMAL O DE PERSONALIDAD

Paciente de 14 años de edad, se evidencian rasgos de personalidad límite, debido a su impulsividad y presunto consumo de sustancias.

8. DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Realizar Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: NN

Edad: 15 años

Estado civil: soltero

Fecha de nacimiento: 09/06/2001

Residencia: Chichin

Dirección: Chichin

Instrucción: Cursando Secundaria

Ocupación: Estudiante

Fuente de información: Directa

Confiabilidad: Alta

Terapeuta: Diego Coello Pinos

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente derivado por la Institución Educativa para la aplicación de la Terapia Grupal.

3. ANTECEDENTES

No le conoce a su padre, ya que se fue a vivir en Estados Unidos cuando su madre estaba embarazada. Tiene buena relación con su madre, abuela y hermana.

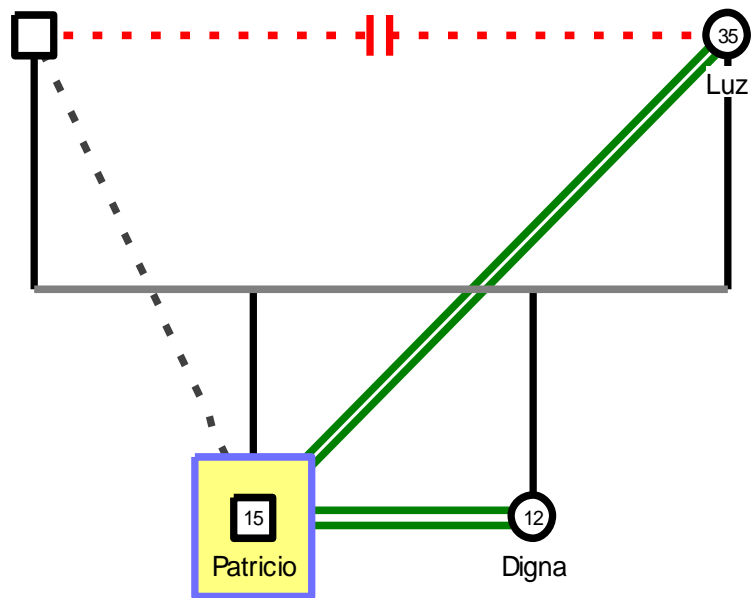
No ha sido intervenido quirúrgicamente, no utiliza aparatos, pero de pequeño le dio hepatitis.

Estudio la escuela en la unidad educativa “Teresa Morales” donde no presento dificultad alguna. En el colegio la relación con los compañeros no es tan buena, una vez se fue de golpes con uno de sus compañeros, pierde el año en 10mo en matemáticas.

A los 14 años consume por primera vez alcohol y desde ahí manifiesta que no ha consumido, así mismo comenta no haber probado otras sustancias.

No ha tenido relaciones sexuales.

4. PSICOBIOGRAFÍA, BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA Y FAMILIAR



5. RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Test de Ingesta Alcohólica

Puntaje Obtenido: 0

Interpretación: No es preocupante

Escala de Impulsividad de Barrat

Puntaje Obtenido: 31

Re-Test

Puntaje Obtenido: 32

6. DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

Problemas de control de impulsos y presunto consumo de sustancias psicoactivas.

7. DIANÓSTICO INFORMAL O DE PERSONALIDAD

Paciente de 15 años de edad, se evidencian rasgos de personalidad límite, debido a su impulsividad y presunto consumo de sustancias.

8. DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Realizar Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: NN

Edad: 14 años

Estado civil: soltero

Fecha de nacimiento: 22/11/2002

Residencia: Jadán

Dirección: Jadán

Instrucción: Cursando Secundaria

Ocupación: Estudiante

Fuente de información: Directa

Confiabilidad: Alta

Terapeuta: Diego Coello Pinos

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente derivado por la Institución Educativa para la aplicación de la Terapia Grupal.

3. ANTECEDENTES

Presenta buena relación con sus padres y hermanos.

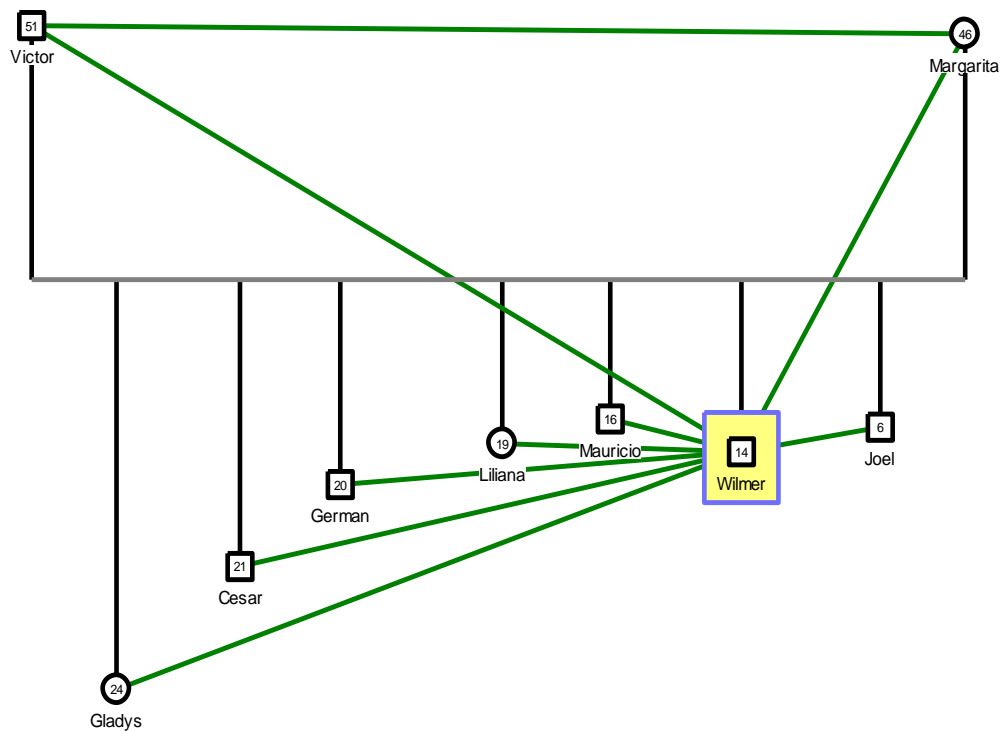
No ha sido intervenido quirúrgicamente, no utiliza aparatos y no ha tenido enfermedades.

Estudio la escuela en el Vicente Zamora sin presentar dificultades. En el colegio mantiene buena relación con sus compañeros y no ha tenido inconveniente.

A los 10 años consume por primera vez alcohol, comenta que ahora consume solo en fiestas. Menciona que su padre antes consumía de forma excesiva alcohol y tabaco; la madre y los hermanos no consumen.

No ha tenido relaciones sexuales.

4. PSICOBIOGRAFÍA, BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA Y FAMILIAR



5. RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Test de Ingesta Alcohólica

Puntaje Obtenido: 1

Interpretación: No es preocupante

Escala de Impulsividad de Barrat

Puntaje Obtenido: 56

Re-Test

Puntaje Obtenido: 51

6. DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

Problemas de control de impulsos y presunto consumo de sustancias psicoactivas.

7. DIANÓSTICO INFORMAL O DE PERSONALIDAD

Paciente de 14 años de edad, se evidencian rasgos de personalidad límite, debido a su impulsividad y presunto consumo de sustancias.

8. DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Realizar Terapia Grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para el control de impulsos.

Anexo 6. Escalas de Tanner (Masculino y femenino)



Estadio 1. Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles.



Estadio 2. Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.



Estadio 3. Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.



Estadio 4. Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.

Estadio 5. Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

Tomado de Tanner 1962.



Estadio 1. Pecho infantil, no vello púbico.



Estadio 2. Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.



Estadio 3. Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.



Estadio 4. Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.



Estadio 5. Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

Tomado de Tanner 1962.