



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TÍTULO:

**TERAPIA DE ESQUEMAS EN EL CONSUMO DE
ALCOHOL DE ADOLESCENTES DE LA UNIDAD
EDUCATIVA DEL MILENIO PENIPE, PERÍODO
DICIEMBRE 2014-MAYO 2015**

**AUTORES: SUÁREZ MONTERO JHANYA ESTEFANÍA
VALDIVIEZO NARANJO ÁNGEL FERNANDO**

TUTOR: PSIC. CL. Juan Pablo Mazón Naranjo

RIOBAMBA-ECUADOR

2015

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por: Jhanya Suárez Montero con CI. 0603929621, para optar al título de Psicólogo Clínico y que acepto asesorar a los estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 15 de diciembre de 2014

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized cursive letters, positioned above a horizontal line.

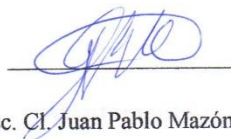
Psc. Cl. Juan Pablo Mazón N.

TUTOR DE TESIS

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por: Fernando Valdiviezo Naranjo con CI. 0201987088, para optar al título de Psicólogo Clínico y que acepto asesorar a los estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 15 de diciembre de 2014



Psc. CI. Juan Pablo Mazón N.

TUTOR DE TESIS

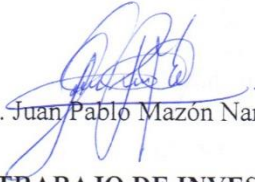
AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

Nosotros, miembros del Tribunal. Por medio de la presente hacemos conocer que la señorita egresada de Psicología Clínica, Jhanya Estefanía Suárez Montero, con cédula de ciudadanía N° 0603929621 se encuentra apta para la Defensa Pública de la Tesina con el tema TERAPIA DE ESQUEMAS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO PENIPE, PERÍODO DICIEMBRE 2014-MAYO2015.

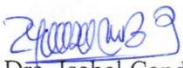
Es todo lo que podemos informar para los fines académicos correspondientes.

Riobamba, 22 de Junio de 2015

Atentamente.


Psc. Cl. Juan Pablo Mazón Naranjo

TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN


Dra. Isabel Cando

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL.


Psc. Cl. Mayra Castillo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

Nosotros, miembros del Tribunal. Por medio de la presente hacemos conocer que el señor egresado de Psicología Clínica, Ángel Fernando Valdiviezo Naranjo, con cédula de ciudadanía N° 0201987088, se encuentra apto para la Defensa Pública de la Tesina con el tema TERAPIA DE ESQUEMAS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO PENIPE, PERÍODO DICIEMBRE 2014-MAYO2015.

Es todo lo que podemos informar para los fines académicos correspondientes.

Riobamba, 22 de Junio de 2015


Atentamente.


Psc. Cl. Juan Pablo Mazón Naranjo

TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN


Dr. Isabel Cando

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL.


Psc. Cl. Mayra Castillo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DERECHO DE AUTORÍA:

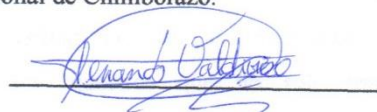
Yo, Jhanya Estefanía Suárez Montero con Cédula de Identidad 0603929621 soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Jhanya Suárez Montero

0603929621

Yo, Ángel Fernando Valdiviezo Naranjo con Cédula de Identidad 0201987088 soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Fernando Valdiviezo Naranjo

0201987088

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la vida porque en ella están las personas que amo, cada una ha contribuido para la realización de este proyecto. De manera especial a mis padres y hermanos, su presencia es más que una luz. A Diego, mi esposo por sus incontables horas de paciencia, a Victoria mi hija, por entender siempre el tiempo que no he podido estar a su lado. A la Universidad Nacional de Chimborazo por ser mi segundo hogar, y a mis maestros, en particular al Psc. Cl. Juan Pablo Mazón porque más allá del aporte profesional, me mostró su calidad humana.

Jhanya Suárez Montero

Agradezco a Dios por su infinita bondad, por darme salud, fortaleza, sabiduría, tengo la certeza y el gozo de que siempre va a estar conmigo. A mis Padres, Ramiro y Grimaneza por ser los mejores, y haber estado conmigo apoyándome en los momentos difíciles, A mis hermanos, que con su ejemplo y dedicación me han instruido para seguir adelante en mi vida profesional. A la Universidad Nacional de Chimborazo, y a mis queridos maestros que no solo impartieron conocimientos, sino que además mostraron lo valiosos que son como humanos.

Fernando Valdiviezo Naranjo

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por darme la sabiduría necesaria. A Edgar, Laura, Diego y Victoria ustedes son el motor que impulsa mis acciones positivas, quienes me ayudan a ser cada día una mejor hija, esposa y madre. Les amo con toda mi alma.

Jhanya Suárez Montero

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, a mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, valores y la constancia que los caracteriza han formado una gran parte de mí. A mis hermanos y hermanas que participaron directa e indirectamente en la elaboración de esta tesis.

Fernando Valdiviezo Naranjo

ÍNDICE

Derecho de Autoría	i
Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice General	vii
Índice de Cuadros	xii
Resumen	xiii
Summary	xiv
Introducción	1
CAPÍTULO I PROBLEMATIZACIÓN	3
1 Problematización	4
1.1 Planteamiento del Problema	4
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Objetivos	6
1.3.1 Objetivo General	6
1.3.2 Objetivos Específicos	6
1.4 Justificación	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	8
2 Línea de Investigación	9
2.1 Posicionamiento Teórico Personal	9
2.2 Fundamentación Teórica	10
1.2.1 Antecedentes de la Investigación	10

2.3	Terapia de Esquemas	11
2.3.1	Antecedentes	11
2.3.2	Definiciones	13
2.3.2.1	Definición de Esquemas Precoces Desadaptativos de young	13
2.3.3	Características de los Esquemas	13
2.3.4	Principales Características de los Esquemas de	14
2.3.5	Origen de los Esquemas	14
2.3.5.1	Necesidades Emocionales Nucleares	14
2.3.5.2	Experiencias Vitales Precoces	15
2.3.5.3	Temperamento Emocional	16
2.3.6	Dimensiones y Principales Esquemas	17
2.3.7	Operaciones de Esquemas	20
2.3.7.1	Perpetuación de Esquemas	20
2.3.7.2	Estilos de Afrontamiento Disfuncionales	21
2.3.7.3	Rendición al Esquema	21
2.3.7.4	Evitación del Esquema	22
2.3.7.5	Sobre-Compensación del Esquema	22
2.3.8	Modos	22
2.3.9	Diagnóstico de Esquemas y Cambio	24
2.3.9.1	Fase de Evaluación y Educación	24
2.3.9.2	Fase de Cambio	25
2.3.9.3	Técnicas Experienciales	26
2.3.9.4	Técnicas Conductuales	28

2.3.9.5	Técnicas que Trabajan Relación Paciente-Terapeuta	29
2.4	Esquemas Mal Adaptativos y Relación con Consumo	29
2.4	Consumo de Alcohol	30
2.4.1	Antecedentes	30
2.4.2	Definiciones	31
2.4.3	Factores Relacionados con el Consumo	32
2.4.3.1	Factor Social	32
2.4.3.2	Factor Familiar	32
2.4.3.3	Factor Social	33
2.4.3.4	Factores Biológicos	33
2.4.3.5	Factores Sociales	33
2.4.3.6	Factores Psicológicos	34
2.4.4	Patrones del Consumo de Alcohol	34
2.4.4.1	Consumo Experimental	34
2.4.4.2	Consumo Social u Ocasional	35
2.4.4.3	Consumo Habitual	35
2.4.4.4	Consumo de Riesgo	35
2.4.4.5	Consumo Perjudicial	36
2.4.5	Definición de Consumo, Abuso, Dependencia	36
2.4.6	Efectos del Consumo de Alcohol	37
2.4.7	Actitudes Hacia el Alcohol	38
2.4.8	Consumo de Alcohol en Adolescentes	39
2.5	Modelo Terapéutico Aplicado a los Adolescentes	39

2.6	Definiciones de Términos Básicos	46
2.7	Hipótesis y Variables	49
2.7.1	Hipótesis	49
2.7.2	Variables	49
2.8	Operacionalización de Variables	50
	CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	54
3	Método	52
3.1	Tipo de Investigación	53
3.2	Diseño de Investigación	53
3.3	Tipo de Estudio	53
3.4	Población y Muestra	53
3.4.1	Población	53
3.4.2	Muestra	53
3.5	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	54
3.5.1	Técnicas	54
3.5.2	Instrumentos	55
3.5.2.1	Test de Audit	55
3.5.2.2	Cuestionario de Esquemas	56
3.6	Técnicas para el Análisis e Interpretación	58
	CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	59
4.	Análisis de los resultados del test audit aplicado a los adolescentes	60
4.1	Resultados del Test Audit, Antes de la Aplicación de la Terapia de Esquemas	62

4.2	Esquemas Desadaptativos Encontrados Mediante Ysq-L2	64
4.3	Análisis del Test Audit Antes y Después de la Aplicación de la Terapia de Esquemas	86
4.4	Comprobación de la Hipótesis	88
	CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
5.1	Conclusiones	90
5.2	Recomendaciones	92
	Bibliografía	93
	Anexos	95
	Anexo 1 Ficha de Seguimiento Terapéutico	96
	Anexo 2 Test de Audit	106
	Anexo 3 Cuestionario de Esquemas YSQ-L2	108

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1	Test Audit Consumo de Alcohol por Género	60
Cuadro N° 2	Test Nivel de Consumo de Alcohol Audit.	62
Cuadro n° 3	Esquema Desadaptativo Abandono	64
Cuadro N° 4	Esquema Desadaptativo Insuficiente Autocontrol	66
Cuadro N° 5	Esquema Desadaptativo Desconfianza/abuso	68
Cuadro N° 6	Esquema Desadaptativo Privación Emocional	70
Cuadro N° 7	Esquema Desadaptativo Vulnerabilidad al Daño	72
Cuadro N° 8	Esquema Desadaptativo Autosacrificio	74
Cuadro N° 9	Esquema Desadaptativo Estandares Inflexibles 1	79
Cuadro N° 10	Esquema Desadaptativo Estandares Inflexibles 2	78
Cuadro N° 11	Esquema Desadaptativo Inhibición Emocional	80
Cuadro N° 12	Esquema Desadaptativo Derecho y Grandiosidad	82
Cuadro N° 13	Esquema Desadaptativo Entrampamiento	84
Cuadro N° 14	Cuadro Comparativo Test de Audit Antes y Después de Aplicación de YSQ-L2	86

RESUMEN

La presente investigación se realizó en la Unidad Educativa del Milenio Penipe, se aplicó la Terapia de Esquemas en el Consumo de Alcohol de los Adolescentes. El objetivo fue evaluar la influencia de la terapia y el consumo de alcohol en los estudiantes de primero y segundo de bachillerato. Los métodos utilizados son: científico, clínico y psicométrico, el tipo de la investigación es descriptiva, diseño cuasi experimental y el tipo de estudio es transversal. Se aplicaron el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2) a 50 adolescentes, se consideró en la muestra a 13 estudiantes, entre 16 y 18 años; 7 que presentaron consumo de alcohol leve y 6 con consumo de alcohol moderado. Los esquemas encontrados fueron Abandono, Privación Emocional, Insuficiente Autocontrol, presentan el 100% de adolescentes evaluados, después de 23 sesiones se evidenció que el consumo de alcohol leve y moderado disminuyó un 30,77%, así también las personas que no consumen alcohol equivalen al 61,54%; por tanto el modo de afrontamiento presente ante un esquema varió.



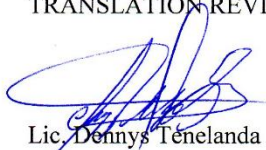
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This research was conducted at the Unidad Educativa del Milenio Penipe, schema therapy was applied in Alcohol Consumption of Adolescents. The objective was to assess the influence of therapy and alcohol consumption among students in first and second year of baccalaureate. The methods used are: scientific, clinical and psychometric, type of research is descriptive, quasi-experimental design and type of study is transversal. Questionnaire Identification of disorders due to alcohol consumption (AUDIT) and the Young Schema Questionnaire (YSQ-L2) were applied to 50 adolescents, it was taken a sample of 13 students, between 16 and 18 years of age; 7 had mild alcohol consumption 6 moderate consumption of alcohol. The scheme found were Neglect, Emotional Deprivation, Poor Self, they are the 100% of adolescents assessed. After 23 sessions it became clear that the mild and moderate consumption of alcohol decreased 30.77%, so people who do not consume alcohol equivalent 61.54%; therefore coping mode brought before a scheme varied.

Riobamba, June 25, 2015

TRANSLATION REVIEWED BY:



Lic. Dennys Tenelanda

ENGLISH TEACHER-UNACH



INTRODUCCIÓN

El alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor uso en todas las edades y zonas geográficas, con el agravante de ser una sustancia aceptada y permitida socialmente. Por ende, afecta áreas fundamentales del desarrollo de un individuo, como la salud física y la mental. El alcohol es una sustancia psicoactiva que hace parte del grupo de depresores del sistema nervioso central, razón por la cual en quienes consumen se observa una disminución del estado de conciencia, de la capacidad de respuesta a la estimulación sensorial, de la espontaneidad, de la actividad física y un bajo funcionamiento cognitivo. Su efecto aparece en forma proporcional al consumo, es decir, mientras mayor es el consumo, mayor es el efecto depresor, y mientras más rápida sea la ingesta, más rápido aparecen los signos de intoxicación. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), algunas veces, el consumo excesivo de alcohol está en la raíz de comportamientos violentos y situaciones que causan graves daños y lesiones como agresiones, violencia de género y accidentes de tránsito, domésticos y laborales. Las Naciones Unidas, a través de su Oficina contra las Drogas y el Delito, en el último informe presentado en abril de 2009, sobre las tendencias del consumo de drogas en el mundo, señala al alcohol etílico y la nicotina como las sustancias psicoactivas de mayor consumo en el mundo. Se estima que cerca del 40% de la población mundial (aproximadamente 2.600 millones de personas) consume de forma ocasional, abusiva o adictiva alcohol etílico. Este consumo es aproximadamente 15 veces mayor que el consumo de todas las sustancias ilegales juntas. De esta manera la investigación se enfocó en comprender la causa del consumo de alcohol de los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Penipe en base a la presencia de esquemas desadaptativos tempranos, partiendo que los estilos cognitivos se definen como la percepción, organización y procesamiento de la información, elementos que influyen en la manera de actuar, pensar y tomar decisiones sobre eventos que se presentan a lo largo de la vida, así como en las actitudes que el individuo asume hacia otras personas y en la forma de relacionarse con ellas. Los estilos cognitivos se aprenden principalmente en la niñez y adolescencia, aunque se consolidan a lo largo de la vida. Young propone los supuestos teóricos de esquemas mal adaptativos

tempranos, que se refieren a temas extremadamente estables y duraderos, significativamente disfuncionales y sirven como marcos para el procesamiento de experiencias posteriores.

La presente investigación está contenida en cinco capítulos:

Capítulo I: Contiene la problematización, el planteamiento y la formulación del problema, los objetivos que se pretenden alcanzar al concluir esta investigación y la justificación.

Capítulo II: En el que se detalla el marco teórico, la línea de investigación, el posicionamiento teórico personal, la fundamentación teórica, el contenido de la investigación, definición de términos básicos, hipótesis, variables y la operacionalización de variables.

Capítulo III: Abarca el marco metodológico en el que se expone la metodología empleada para la investigación, estos son: los métodos científico, clínico y psicométrico; el tipo de la investigación es descriptiva, el diseño de la investigación es cuasi experimental y el tipo de estudio es transversal; la población, muestra escogida y las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Capítulo IV: Comprende el análisis en interpretación de datos.

Capítulo V: Se describen las conclusiones, recomendaciones, bibliografía utilizada y se adjunta los anexos que incluyen los instrumentos utilizados para la investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 Planteamiento del problema:

El consumo del alcohol, ha sido reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia. Los adolescentes en general, no hablan de alcoholismo puesto que no beben entre semana y no le dan importancia; es algo que se hace normalmente para pasarlo bien. Normalmente, los jóvenes que acaban dependiendo poco a poco del alcohol, empiezan a beber también entre semana y a distorsionar sus horarios habituales, el consumo de alcohol es una de las conductas de riesgo más común entre los adolescentes, representa un riesgo por sí mismo y por los problemas asociados que plantea.

Según OMS (2000).El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar de la carga mundial de morbilidad, y está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, con frecuencia, el uso del alcohol se identifica como un factor que contribuye al bajo rendimiento académico, baja autoestima, conductas sexuales de riesgo. No obstante, las expectativas acerca de los efectos del alcohol pueden influir en el vínculo entre el consumo de alcohol y sus efectos para sentirse de una manera más adecuada sin entender el por qué lo realizan.

En América Latina en el año 2006, el consumo de alcohol en los adolescentes fue el factor de riesgo más importante para la salud en las Américas en los países de ingresos medios y bajos como Argentina, Chile y Uruguay, es en donde el consumo se acerca al 7%, mientras que en Bolivia es del 4,3%.

Ecuador es el segundo país Latinoamericano con mayor consumo de alcohol, lo cual preocupa ya que su ingesta empieza a los 12 años de edad, según la última estadística del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) 300.000 ecuatorianos consumen bebidas alcohólicas.

Según la Dirección Provincial de Chimborazo. (2013). El consumo de alcohol es de 38%, según las estadísticas el uso y abuso de alcohol, está en aumento especialmente entre los adolescentes de 15-19 años

En la Unidad Educativa del Milenio Penipe, las y los docentes han podido evidenciar el consumo de alcohol en sus estudiantes, generando dificultades de conducta como dormir durante las horas de clase, en algunos casos expresaban palabras grotescas y se burlaban de los docentes y compañeros, notaron también bajo rendimiento escolar, y a su vez discusiones, conflictos dentro del núcleo familiar, por llegar a horas no permitidas, y por las bajas calificaciones. Los padres manifestaron que quisieran que se les oriente para encontrar diferentes soluciones de afrontar dicho consumo y mejorar todas las dificultades que esto acarreó, y ellos estarían dispuestos a colaborar en cualquier actividad necesaria.

Notando que esta problemática afectó en gran manera a los(as) estudiantes en especial de los cursos que pertenecen al bachillerato, dentro de sus actividades de la vida diaria, se vio necesario como investigadores, hacerles partícipes de la terapias psicológicas, con la aplicación específica de la terapia de esquemas para disminuir el consumo de alcohol, el momento en el que quienes consumen alcohol comprendan por que lo hacen, los adolescentes deben modificar sus estilos de afrontamiento (en este caso el consumo de alcohol) y de ese modo, satisfacer las necesidades insatisfechas que les llevaron a colaborar con la terapia, con el uso de técnicas tanto cognitivas, conductuales y gestales, y de este modo mejorar la calidad de vida, y el rendimiento académico, considerando que este grupo de población es el presente de nuestra sociedad, para aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se utilizó el Test de Audit.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la Terapia de Esquemas en el consumo de alcohol de adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Penipe, período diciembre 2014-mayo 2015?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la influencia de la terapia de esquemas en los adolescentes que consumen alcohol de primero y segundo de bachillerato de la Unidad Educativa del Milenio Penipe período diciembre 2014-mayo 2015.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a los adolescentes que consumen alcohol de primero y segundo año de bachillerato.
- Describir los esquemas desadaptativos que influyen en los adolescentes que consumen alcohol.
- Aplicar la Terapia de Esquemas en los adolescentes que consumen alcohol.
- Analizar la influencia de la Terapia de Esquemas en los adolescentes que consumen alcohol de la Unidad Educativa del Milenio Penipe.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La realización de este proyecto va encaminado a la reducción del consumo de alcohol en adolescentes, en base a los esquemas desadaptativos encontrados en los mismos. No existen datos estadísticos acerca de quienes consumen alcohol en el Cantón Penipe; con la finalidad de disminuir y mejorar los esquemas que permanecieron desde niños y que lleva a los adolescentes a dicho consumo, así como también la preocupación de padres de familia, y en especial de las autoridades que conforman la Unidad Educativa del Milenio Penipe. Los patrones de consumo de alcohol en menores de edad se deben a una variedad de factores: la familia, los amigos, los medios de comunicación, las normas culturales y la religión, así como las políticas gubernamentales. El consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad tiene repercusiones en la salud y desarrollo de la persona. Los estudios revelan que el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, los episodios recurrentes de consumo en la adolescencia y beber hasta

embriagarse pueden afectar negativamente el desarrollo mental, los hábitos de estudio y el desarrollo de las habilidades necesarias para una correcta transición a la edad adulta. Circunstancias por las que se cree apropiado aplicar la psicoterapia que está basada en la guía práctica de Terapia de Esquemas de Jeffrey Young, y sus colaboradores, las fases y las técnicas son distintas en cada sesión, planteadas con metas alcanzables. Los beneficios de aplicar este enfoque son varios como el permitir al terapeuta seguir una secuencia de procedimientos de evaluación y tratamiento, el mismo que es activo y directo hasta llegar al cambio cognitivo, emocional, interpersonal y conductual. Con este proyecto de investigación se logró cambiar el modo de afrontamiento (consumir alcohol leve y moderado), que presentaron los adolescentes con esquemas desadaptativos tempranos.

Y finalmente gracias a la colaboración de las autoridades, maestros, padres de familia y alumnos se consiguió el apropiado desarrollo del trabajo psicoterapéutico; la Terapia de Esquemas ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de varios trastornos psicológicos, y debido a ellos se han publicado numerosos documentos en el área existiendo bibliografía pertinente para la realización de esta investigación, la aplicación es práctica tanto para quien vaya a aplicar como para quien se beneficiará de dicho enfoque. Esto hizo factible la realización de la tesina.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene el lineamiento de la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología Clínica.

Línea Macro: Salud Integral

Sub línea: Conducta y salud mental, social, familiar e individual.

2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

El presente trabajo de investigación se fundamenta en la Terapia de Esquemas desarrollada por el Dr. Jeffrey E. Young (psicólogo, fundador de la terapia de esquemas, actualmente director de los Centros de Terapia Cognitiva en Nueva York, y profesor universitario en la Universidad de Columbia), y sus colaboradores, quienes refieren que ha demostrado ser efectiva en el consumo de sustancias, la característica más destacada es que al ser una psicoterapia integradora la finalidad es reestructurar patrones profundos persistente y autoderrotista de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás, entendiéndose estos como esquemas disfuncionales tempranos. Combina elementos de las escuelas cognitivo conductual, Gestalt, y constructivista. Para obtener un modelo conceptual y de tratamiento unificador. (Young 2003)

La variable independiente consumo de alcohol se basa en la definición de Braschi, M; et.al. (2012), quién menciona que es la ingesta de una sustancia psicoactiva que puede provocar riesgo en el individuo como síntomas de la dependencia y algunas consecuencias para la salud física y mental. Así como también mencionamos la definición de la O.M.S. (2010): El consumo de alcohol es considerado como uno de los principales riesgos en la salud a nivel mundial que abarca efectos sanitarios y sociales, que compromete tanto el desarrollo individual, familiar y social. El grado de riesgo por el consumo del alcohol varía en función de la edad, sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 Antecedentes de la Investigación

Mediante la revisión bibliográfica no se encontraron referencias de investigaciones que contemplen las mismas características del presente proyecto en ejecución, por tanto se realizó una revisión de estudios similares que se relacionan con este estudio.

En la Universidad de San Buenaventura. Bogotá, Colombia, Facultad de Psicología, Carlos Gantiva Díaz obtuvo como resultado que al compararse las puntuaciones en el YSQ-L2 entre las personas que consumían de forma moderada y de forma perjudicial alcohol se identificaron diferencias significativas en los mismos esquemas maladaptativos tempranos donde se observó la correlación. Los esquemas donde existieron diferencias significativas fueron: abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, autosacrificio, inhibición emocional, derecho/grandiosidad y entrapamiento.

En la Universidad Nacional de Chimborazo, se encontró trabajos investigativos acerca del problema del consumo de alcohol, por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Carrera de Psicología Clínica, y vamos hacer referencia a 2 de ellos que a nuestro criterio son muy importantes. 1) La utilización de la Psicoterapia Cognitiva en la rehabilitación de personas con dependencia alcohólica del Centro Terapéutico “Solo por Hoy”. Los resultados arrojan que los pacientes no tienen un conocimiento generalizado de las complicaciones orgánicas, físicas, psíquicas sociales culturales que pueden verse involucrados con esta problemática. 2) El consumo de alcohol y la conducta sexual de los adolescentes de la Unidad Educativa “Pedro Vicente Maldonado”. Los resultados arrojan que el alcohol forma parte de la vida social de los adolescentes, trayendo consigo riesgos para su salud física y emocional.

El consumo de alcohol es uno de los problemas sociales más comunes, el mismo que es causante de diversas dificultades a nivel social como personal. En la actualidad se evidencia un mayor número de adolescentes que consumen alcohol de una manera

desmedida debido a diferentes factores. Según la OMS la edad media de inicio del consumo de alcohol está entre 12-14 años de edad.

2.3 TERAPIA DE ESQUEMAS

2.3.1 ANTECEDENTES

La revisión del área de la terapia cognitiva-conductual nos sirve para explicar los motivos que llevaron a Young a desarrollar la terapia de esquemas. Los investigadores y terapeutas cognitivos conductuales han avanzado de manera extraordinaria en el desarrollo de tratamientos psicológicos efectivos para los trastornos del eje I, incluidos muchos trastornos anímicos, de ansiedad, alimentarios, somatomorfos, y de abuso de sustancias. Tales tratamientos han sido de tiempo limitado (una media de 20 sesiones) y se han centrado en la reducción de síntomas, desarrollo de habilidades y resolución de problemas del paciente. (Young, Klosko, Weishaar, 2003)

Sin embargo, aunque estos tratamientos sean de gran utilidad para muchos pacientes, no lo son para otros tantos. Los estudios de resultados suelen reflejar altos índices de éxito (Barlow, 2001).

Por ejemplo en la depresión, el índice de éxito equivale al 60% inmediatamente después del tratamiento, pero el índice de recaídas es del 30%, aproximadamente un año después, dejando así una cantidad significativamente de pacientes insatisfactoriamente tratados. (Young, Weinberger y Beck, 2001),

Muchas veces los pacientes con trastornos subyacentes de personalidad y de problemas caracterológicos no responden plenamente a los tratamientos cognitivos-conductuales tradicionales (Beck, Freeman, y Associates, 1990).

La terapia cognitivo-conductual tradicional establece numerosas presunciones sobre los usuarios, que a menudo, se desconfirman en pacientes caracterológicos. Una de estas es que los pacientes cumplirán con el protocolo de tratamiento, la terapia cognitivo-conductual estándar asume que los pacientes están motivados para reducir los síntomas, desarrollar habilidades y resolver sus problemas presentes y que, en

consecuencia, cumplirán con los procedimientos necesarios del tratamiento. Sin embargo, para muchos pacientes caracterológicos, su aproximación y motivación a la terapia es complicada y, con frecuencia, carecen de la voluntad o de la capacidad de cumplir los procedimientos requeridos.

Otra de estas presunciones de la terapia cognitivo-conductual es que, con un breve entrenamiento, los pacientes, pueden acceder a sus cogniciones y emociones y contárselas al terapeuta. Sin embargo, los pacientes con problemas caracterológicos, muchas veces, son incapaces de hacerlo, a menudo parecen estar desconectados de sus cogniciones y emociones. Como también recurren a la evitación cognitiva y emotiva o bloquean los pensamientos e imágenes molestas. Las emociones negativas como la ansiedad y la depresión son provocadas por estímulos asociados a recuerdos infantiles, favoreciendo la evitación de estímulos a fin de evitar las emociones.

La terapia cognitiva conductual asume también que los pacientes pueden modificar sus cogniciones y conductas problemáticas mediante prácticas tales como en análisis empírico, el discurso lógico, la experimentación, los pasos sucesivos y la repetición. Sin embargo, para los pacientes caracterológicos esto no suele ser el caso. Sus pensamientos distorsionados y conductas contraproducentes son extremadamente resistentes al cambio, utilizando las técnicas cognitivo-conductuales para hacerlo.

En el tratamiento cognitivo conductual se presupone que el paciente tiene problemas que son inmediatamente discernibles como objetivos de tratamiento. En el caso de los pacientes caracterológicos, suelen presentar problemas vagos, crónicos y generalizados. Son infelices en las principales áreas de su vida y se han sentido insatisfechos durante todo el tiempo que puedan recordar. (Young, Klosko, Weishaar, 2003)

Por las razones anteriormente descritas, Young (1990, 1999) elaboró la terapia de esquemas, para tratar a pacientes con problemas caracterológicos crónicos que no estaban siendo debidamente ayudados por la terapia cognitivo-conductual, mediante la integración de técnicas extraídas de múltiples escuelas de terapia. Partiendo de la terapia cognitivo-conductual se amplía para conceder mucha más importancia a los

orígenes infantiles y adolescentes de los problemas psicológicos, e introduce técnicas emotivas, para contemplar la relación terapeuta-paciente y contemplar los estilos de afrontamiento disfuncionales. (Young, Klosko, Weishaar, 2003)

2.3.2 DEFINICIONES

La terapia de esquemas es una psicoterapia integradora cuya finalidad es reestructurar patrones profundos persistente y autoderrotista de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás. (Young 2003)

La terapia de esquemas es una psicoterapia integradora que combina elementos de las escuelas cognitivo-conductuales, teoría del apego, gestalt, constructivistas y elementos dinámicos. (Rodríguez, 2009)

La terapia de esquemas es un modelo innovador e integrador de terapia que profundiza significativamente en los tratamientos y conceptos cognitivo-conductuales, tradicionales. La terapia combina elementos de las escuelas cognitivo-conductual, del apego, Gestalt, relaciones objetales, constructivista y psicoanalítica para obtener un modelo conceptual y de tratamiento unificador. (Young, Klosko, Weishaar, 2003)

2.3.2.1 DEFINICIÓN DE ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS DE YOUNG

Young (1990, 1999) los esquemas precoces desadaptativos son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida.

2.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS

Las siguientes características de los esquemas disfuncionales tempranos, resumidas en el siguiente cuadro nos dan una idea de su rango y alcance.

2.3.4 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS

- Verdades a priori.
- Se auto-perpetúan.
- Resistentes al cambio.
- Disfuncionales.
- Suelen ser generados y activados por experiencias ambientales.
- Afecto elevado.
- Interacción entre el temperamento y experiencias evolutivas disfuncionales.

2.3.5 ORÍGEN DE LOS ESQUEMAS

2.3.5.1 Necesidades emocionales nucleares

Los esquemas se derivan de necesidades emocionales insatisfechas durante la infancia.

Young (1990, 1999) ha defendido la existencia de cinco necesidades emocionales nucleares de los seres humanos:

- 1) Afectos seguros con otras personas.
- 2) Autonomía, competencia y sentido de identidad.
- 3) Libertad para expresar las necesidades y emociones válidas.
- 4) Espontaneidad y juego.
- 5) Límites realistas y autocontrol.

Un individuo psicológicamente sano es aquel que puede satisfacer de manera funcional estas necesidades emocionales nucleares.

2.3.5.2 EXPERIENCIAS VITALES PRECOCES

Los esquemas que se desarrollan más tempranamente y tienen mayor impacto se originan típicamente en la familia nuclear. Otras influencias se vuelven cada vez más importantes a medida que el niño va madurando, como compañeros, escuela, grupos de la comunidad y cultura circundante, y pueden llevar también al desarrollo de esquemas. Sin embargo, los esquemas que se desarrollan más posteriormente no son tan extendidos o tan poderosos.

Young, Klosko, Weishaar (2003) han observado cuatro tipos de experiencias tempranas que fomentan la adquisición de esquemas:

El primero, la frustración tóxica de las necesidades, se produce cuando el niño experimenta “muy poco de algo bueno” y adquiere esquemas tales como la Carencia Emocional o Abandono/Inestabilidad por deficiencias en su ambiente temprano. El ambiente del niño está perdiendo algo importante, como es la estabilidad, comprensión o amor.

El segundo tipo de experiencia vital temprana es la traumatización. Aquí, el niño es dañado, criticado, controlado o victimizado y desarrolla esquemas tales como Desconfianza/Abuso, Imperfección o Vulnerabilidad al peligro.

En el tercer tipo, el niño experimenta “demasiado de algo bueno”: los padres dan al niño demasiado de algo que, en moderación, es saludable para un niño. Con esquemas tales como Dependencia o Derecho, por ejemplo, el niño es mimado o consentido.

El cuarto tipo de experiencia vital que crea esquemas es la interiorización selectiva o identificación con otros significativos. El niño se identifica de modo selectivo, e interioriza los pensamientos, las sensaciones y las experiencias de sus padres. Básicamente, el niño interioriza los esquemas de los padres. Es éste un origen común

del esquema de Vulnerabilidad. El niño recoge los temores y fobias de los padres. Creemos que el temperamento determina en gran medida si un niño se identifica con una característica específica de un padre y la interioriza

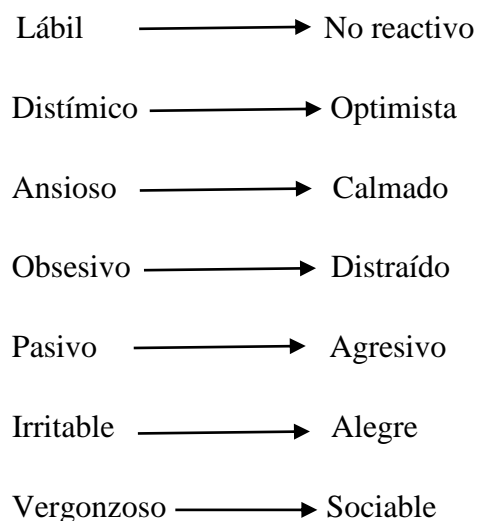
2.3.5.3 TEMPERAMENTO EMOCIONAL

Además de las experiencias infantiles tempranas, el temperamento biológico del niño desempeña un papel importante en el desarrollo de los esquemas. Numerosas investigaciones apoyan la importancia de los apunlamientos biológicos de la personalidad.

Kagan (1988) generó numerosos datos de investigación sobre los rasgos de temperamentos presentes en la infancia y observaron que eran muy estables en el tiempo. Se podría pensar que el temperamento es la mezcla de puntos únicos del individuo en este conjunto de dimensiones.

El temperamento emocional interactúa con las experiencias infantiles dolorosas en la formación de esquemas los diferentes temperamentos exponen selectivamente a los niños a distintas circunstancias vitales.

El temperamento puede ser considerado como la mezcla única de puntos que presenta el individuo de esta serie de dimensiones:



2.3.6 DIMENSIONES Y PRINCIPALES ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS

Young, Klosko, Weishaar, (2003) agrupan los 18 esquemas en cinco categorías amplias de necesidades insatisfechas que denominamos “dimensiones de esquemas”.

Dimensión I. Desconexión y rechazo

Los pacientes con esquemas de esta dimensión son incapaces de establecer apegos seguros y satisfactorios con otras personas. Creen que sus necesidades de estabilidad, seguridad, protección, amor y pertenencia no serán satisfechas. Las familias de origen típicas son inestables, abusadoras, frías, con tendencia al rechazo o aisladas del mundo externo.

Dimensión II. Deterioro en autonomía y ejecución

La autonomía es la capacidad para separarse de la propia familia y funcionar independientemente de manera similar a las personas de la misma edad. Los pacientes con estos esquemas presentan expectativas para diferenciarse de las figuras parentales y funcionar independientemente.

Dimensión III. Límites deficitarios

Los pacientes con esquemas correspondientes a esta dimensión no han desarrollado límites internos apropiados en relación a la reciprocidad o a la auto-disciplina. Pueden presentar dificultades para respetar los derechos ajenos, cooperar, cumplir con los compromisos aceptados o satisfacer objetivos a corto y largo plazo. Estos pacientes pueden parecer egoístas, malcriados, irresponsables o narcisistas. Normalmente pertenecen a familias que fueron excesivamente permisivas o indulgentes

Dimensión IV. Dirigido por las necesidades de los demás

Los pacientes de esta dimensión atribuyen un énfasis excesivo a satisfacer las necesidades de los demás frente a las propias. Lo hacen a fin de obtener la aprobación,

mantener la conexión emocional o evitar las represalias. Al interactuar con los demás, tienden a centrarse casi exclusivamente en las respuestas de los demás personas, dejando de lado sus propias necesidades, y, menudo, carecen de la conciencia de su propia ira y de sus preferencias. De niños no tuvieron la libertad suficiente para poder seguir sus propias inclinaciones naturales. En las familias nucleares, los padres valoran más sus propias necesidades emocionales o apariencias sociales que las necesidades únicas del niño.

Dimensión V. Sobrevigilancia e inhibición

Los pacientes de esta dimensión suprimen sus sentimientos e impulsos espontáneos. Suelen esforzarse por satisfacer reglas internas rígidas sobre su propia ejecución a expensas de la felicidad, auto-expresión, relajación, relaciones cercanas o buena salud. Los orígenes típicos son una infancia triste, reprimida y estricta en la que el autocontrol y la auto negación predominan sobre la espontaneidad y el placer. De niños, a estos pacientes no se les animó a jugar o a alcanzar la felicidad.

A continuación se presentan los dieciocho esquemas desadaptativos tempranos identificados por Young, que se agrupan en 5 dimensiones. Cada una de estas dimensiones refleja una necesidad crítica de los niños relacionada con el funcionamiento adaptativo. Las dimensiones describen, a su vez, relaciones tempranas disfuncionales con padres y amigos, donde radican los orígenes del esquema, así como el funcionamiento interpersonal adulto. (Young, Klosko, Weishaar 2003)

1) Dimensión: desconexión y rechazo

- Abandono/inestabilidad: Se refiere a la creencia de que los demás no pueden darnos un apoyo fiable y estable.
- Desconfianza/abuso: El individuo espera que los demás lo hieran o se aprovechen de él.
- Privación emocional: Refleja la creencia en que no lograremos nuestras necesidades de apoyo emocional, sobre todo, en relación a la alimentación, la empatía y la protección.

- Imperfección/ vergüenza: Recoge la visión de sí mismo como antipático e indeseable socialmente.
- Aislamiento social: Describe la creencia en que uno no es parte del grupo o la comunidad, que uno está solo y que es diferente de los demás.

2) Dimensión: Perjuicio en autonomía y desempeño

- Dependencia/incompetencia: Supone la creencia en que el individuo es incompetente y está desamparado y por tanto, necesita la asistencia de los demás para funcionar.
- Vulnerabilidad: Al daño o la enfermedad hace que los pacientes esperen tener experiencias negativas que no controlan, tales como crisis médicas, emocionales o naturales.
- Enmarañamiento: Se encuentra en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, es decir, en aquellas personas que no consiguen desarrollar una identidad individual segura, al margen de los demás.
- Fracaso: Refleja la visión de que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades.

3) Dimensión: Límites inadecuados

- Grandiosidad: A la creencia de que el individuo es superior a los demás, pudiendo llegar a ser extremadamente competitivo o dominante.
- Autocontrol insuficiente/autodisciplina: Se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones.

4) Dimensión: Tendencia hacia el otro

- Subyugación Supone abandonar el control a causa de sentimientos externos de coerción. Estos individuos esperan que los demás sean agresivos, revanchistas, o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos, por lo que las suprimen.

- Autosacrificio: Aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás.
- Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento: Aparece en individuos que quieren ganar la aceptación de los demás, a costa del desarrollo de su propia identidad.

5) Dimensión: Sobrevigilancia e inhibición

- Negatividad/pesimismo: Refleja la atención sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada irá bien. Estos individuos se caracterizan por un pesimismo omnipresente, tristeza y preocupación.
- Control excesivo/inhibición emocional: Se encuentra en individuos que evitan la espontaneidad para mantener la sensación de que prevenen y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza.
- Normas Inalcanzables: Recoge la creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica.

2.3.7 OPERACIONES DE ESQUEMAS

2.3.7.1 PERPETUACIÓN DE ESQUEMAS

La perpetuación del esquema se refiere a todo lo que el paciente hace, ya sea interna o conductualmente, que mantiene en funcionamiento el esquema. Perpetuarlo o mantenerlo incluiría todos los pensamientos, sentimientos y conductas que permitan reforzarlo, más que curarlo. (Rodríguez, 2009)

Los esquemas se perpetúan, pues a través de 3 mecanismos primarios: las distorsiones cognitivas, los patrones vitales auto-derrotistas y los estilos de afrontamientos de esquemas. (Rodríguez, 2009).

Mediante las distorsiones cognitivas los individuos perciben de forma equivocada las situaciones, de tal manera que el esquema se refuerza acentuando la información que

confirma el esquema y minimizando o negando cualquier información que va a contradecirlo.

En relación a los patrones vitales, conductualmente, el individuo realiza patrones equivocados, seleccionados de forma inconsciente, y permanecen en situaciones y relaciones que disparan y perpetúan el esquema, evitando, por tanto, situaciones interpersonales que van a facilitar que cure o modifique el esquema.

El tercer mecanismo de perpetuación del esquema son los estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas. Para entenderlo debemos asumir que Young distingue en su modelo entre los componentes del esquema y las conductas. Es decir los esquemas se componen, como hemos visto, de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones, pero no de conductas. La conducta formaría parte del estilo de afrontamiento. Para Young, el esquema dispara la conducta. (Young, Klosko, Weishaar, 2003)

2.3.7.2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DISFUNCIONALES

Todos los organismos disponen de tres respuestas básicas ante la amenaza: lucha, huida o inmovilidad. Estas tres respuestas corresponden a los tres estilos de afrontamiento de esquemas: sobre-compensación, evitación, y rendición. En términos muy generales, la lucha es la sobre-compensación, la huida es la evitación y quedarse inmóvil equivale a rendirse al esquema. (Young, Klosko, Weishaar, 2003)

2.3.7.3 RENDICIÓN AL ESQUEMA

Cuando los pacientes caen rendidos ante un esquema lo mantienen. No se esfuerzan por evitarlo ni por luchar contra él. Aceptan que el esquema es auténtico. Sienten directamente el dolor emocional del esquema. Actúan de manera que confirman el esquema. Sin reconocer lo que hacen, repiten los patrones promovidos por el esquema de modo que, de adultos, siguen reviviendo las experiencias infantiles que crearon el esquema.

2.3.7.4 EVITACIÓN DEL ESQUEMA

Cuando los pacientes recurren a la evitación como estilos de afrontamiento, tratan de organizar sus vidas de manera que los esquemas no se activen nunca. Tratan de vivir sin conciencia, como si el esquema no existiera. Evitan pensar en el esquema. Bloquean los pensamientos e imágenes que tienden a activarlo: cuando tales pensamientos o imágenes se avecinan, se distraen o los sacan de su mente. Cuando los sentimientos brotan a la superficie reflexivamente vuelven a ocultarlos. Pueden beber en exceso, tomar drogas, tener relaciones sexuales promiscuas, comer en exceso, limpiar compulsivamente, buscar estimulación o trabajar en exceso.

2.3.7.5 SOBRE-COMPENSACIÓN DEL ESQUEMA

Cuando los pacientes sobre-compensan, luchan contra el esquema pensando, sintiendo, comportándose y relacionándose como si lo contrario al esquema fuera lo auténtico. Procuran ser tan diferentes como les sea posible de los niños que fueron cuando adquirieron el esquema.

2.3.8 MODOS

Young, Klosko y Weishaar (2003) originaron el concepto de modo en las investigaciones en pacientes con trastorno límite de personalidad. Este tipo de pacientes presenta tal cantidad de esquemas disfuncionales tempranos y de respuestas de afrontamiento que era difícil para el terapeuta y para el paciente trabajar con todos. Es decir, este tipo de pacientes pueden, en un momento determinado, estar tristes, en otro enfadados, en otros comportarse de forma impulsiva, evitativa, etc. De manera que el concepto de modo se originó para poder explicar estos estados tan cambiantes. Los pacientes con un trastorno límite van a manifestar, pues, los 4 modos principales, que son: modo del niño, modos disfuncionales de afrontamiento, modos paternos disfuncionales y el modo de adulto sano y a su vez éstos se subdividen en 10 modos.

LOS 10 MODOS PRINCIPALES

MODOS DEL NIÑO

1. El niño vulnerable es el niño abandonado, abusado, privado o rechazado
2. El niño enfadado es el niño que no logra sus necesidades emocionales y reacciona con rabia.
3. El niño impulsivo/no disciplinado expresa emociones y actúa según sus deseos, sin pensar en las consecuencias.
4. El niño feliz es aquel que logra sus necesidades emocionales básicas.

MODOS DISFUNCIONALES DE AFRONTAMIENTO

5. El que se rinde es el niño pasivo, desamparado que deja que los demás lo controlen.
6. El protector separado es propio del que evita el dolor psicológico del esquema mediante el abuso de sustancias, evitando a la gente, o utilizando a los demás para escapar.
7. El sobrecompensador lucha o devuelve los golpes tratando mal a los demás o comportándose de formas extremas para invalidar el esquema.

MODOS PTERNOS DISFUNCIONALES

8. El padre castigador: el paciente internaliza al padre, por lo que castiga uno de sus modos infantiles por ser “malo”.
9. El padre exigente empuja y presiona al niño para que alcance estándares muy elevados.

EL ADULTO SANO

10. Es el modo que se intenta conseguir con la terapia, enseñando al paciente a moderar, apoyar o curar a los otros modos.

Los modos se refieren, por tanto, a las partes del sí mismo que lo componen habitualmente, incorporando esquemas específicos y estilos de afrontamiento que no han sido integrados, consistentemente, en una personalidad estable. Los modos están compuestos de pensamientos, emociones y conductas relacionados.

2.3.9 DIAGNÓSTICO DE ESQUEMAS Y CAMBIO

Este proceso de tratamiento presenta los pasos a seguir para el diagnóstico y modificación de los esquemas. Las dos fases del tratamiento son la fase de evaluación y educación y la fase de modificación. (Young, Klosko, Weishaar, 2003)

2.3.9.1 FASE DE EVALUACIÓN Y EDUCACIÓN

Esta fase persigue seis objetivos

1. La identificación de los patrones de vida disfuncionales.
2. La identificación y activación de los esquemas precoces desadaptativos.
3. La comprensión de los orígenes de los esquemas en la infancia y adolescencia.
4. La identificación de estilos de afrontamiento y respuestas.
5. La evaluación del temperamento
6. Unificación de todo lo anterior: la conceptualización del caso.

En esta primera fase, el terapeuta de esquemas ayuda al paciente a identificar sus esquemas y a comprender los orígenes de los mismos en la etapa infantil y adolescente. En el curso de la evaluación el terapeuta forma al paciente en el modelo de esquemas. Los pacientes aprenden a reconocer sus estilos de afrontamiento disfuncionales (rendición, evitación y sobrecompensación) y a ver que sus respuestas de afrontamiento sirven para perpetuar sus esquemas y como lo hacen. A los pacientes más gravemente impedidos también los educamos en los modos primarios de los esquemas y les ayudamos a observar como oscilan de un modo a otro. Queremos que los pacientes comprendan intelectualmente las operaciones de esquemas y experimenten emocionalmente tales procesos.

La evaluación es multifacética, incluyendo una entrevista de la historia de la vida, diversos cuestionarios de esquemas, tareas de auto-registros y ejercicios de

imaginación que activen esquemas emocionalmente y ayudan a los pacientes a establecer vínculos emocionales entre sus problemas presentes y las experiencias infantiles con las que se relacionan. Al final de esta fase, el terapeuta y el paciente han desarrollado una conceptualización del caso completa y han acordado el plan de tratamiento centrado en esquemas que incluya estrategias cognitivas, experienciales, y conductuales, así como los componentes curativos de la relación terapeuta-paciente.

2.3.9.2 FASE DE CAMBIO

A lo largo de la fase de cambio, el terapeuta combina estrategias cognitivas, experienciales, conductuales e interpersonales de un modo flexible.

Estrategias cognitivas

Las estrategias cognitivas ayudan al paciente a articular una voz sana que cuestione el esquema, fortaleciendo el modo de adulto sano del paciente.

Las técnicas cognitivas propias de la terapia de esquemas incluyen las siguientes:

1. Comprobar la validez de un esquema

El terapeuta y el paciente comprueba la validez de un esquema examinando las pruebas objéctales favorables y desfavorables de un esquema. El terapeuta utiliza toda la vida del paciente como datos empíricos y no se limita a las circunstancias presentes. El esquema es la hipótesis que debe ponerse a prueba. El terapeuta y el paciente elaboran un listado de pruebas favorables al esquema desde el pasado hasta el presente; a continuación elaboran un listado de las pruebas que refuten el esquema

.

2. Reencuadre de las pruebas que confirman el esquema

La siguiente tarea consiste en recuperar el listado de pruebas que confirman el esquema y generar explicaciones alternativas en base a lo ocurrido. El terapeuta se acoge a los puntos que el paciente considera que confirman el esquema y los reatribuye a otras causas. El objetivo desacreditar las pruebas que confirman el esquema

.

3. Evaluar las ventajas y desventajas de las respuestas de afrontamiento

El terapeuta y el paciente estudian individualmente cada esquema y respuesta de afrontamiento y enumeran las ventajas y desventajas de cada una. El objetivo es que los pacientes reconozcan la naturaleza contraproducente de sus estilos de afrontamiento por conductas más sanas, con ello podrían aumentar las oportunidades de felicidad de sus vidas.

4. Proponer diálogos entre la parte del esquema y la parte sana

Con la siguiente técnica cognitiva los pacientes aprenden a establecer diálogos entre su parte del esquema y su parte del adulto sano. Adaptando la técnica de la silla vacía de la Gestalt el terapeuta instruye al paciente para que cambie de silla mientras interpreta las dos partes: en una silla el paciente interpreta la parte del esquema y en la otra interpreta su parte sana.

5. Elaborar tarjetas recordatorio para los esquemas

El terapeuta y paciente escriben tarjetas recordatorio de relaciones con el esquema, en las cuales sintetizan las respuestas saludables para estímulos activadores específicos del esquema. Los pacientes llevan consigo las tarjetas y las leen cuando se activan los esquemas relevantes.

6. Diario de esquemas

Los pacientes elaboran sus propias respuestas saludables a medida que se activan sus esquemas en el curso de sus vidas cotidianas. Por consiguiente, el terapeuta presenta el diario de esquemas una vez que el tratamiento ya se encuentre avanzado.

2.3.9.3 TÉCNICAS EXPERIENCIALES

Las técnicas experienciales se utilizan para que el paciente luche también contra el esquema no solo a nivel cognitivo, sino a un nivel emocional. Fundamentalmente estas técnicas experienciales se refieren a técnicas en imaginación y a diálogos, algunos imaginarios, para hacer que el paciente valide sus necesidades propias e incluso para

producir una cierta catarsis de tipo emocional. La idea es que con estas técnicas en imaginación o estos diálogos, el paciente pueda expresar su cólera o su tristeza por lo que les ocurrió de niños.

1. Diálogos en imaginación

Se instruye al paciente para que dialoguen imaginariamente tanto con las personas que originaron sus esquemas durante la infancia como con las personas que refuerzan tales esquemas en sus vidas presentes.

2. Imaginación para la reparentalizar

Es una versión de simplificada el trabajo de modos; hacemos uso de los tres modos de niño vulnerable, padre/madre disfuncional y adulto sano, pero ahora introducimos en la imagen el adulto sano para defender al niño del padre/madre disfuncional y para cuidar al niño vulnerable. Las tres fases del proceso son las siguientes:

- El paciente pide permiso para introducirse en la imagen y hablar directamente con el niño vulnerable
- El terapeuta reparentaliza al niño vulnerable
- El adulto sano del paciente, modelado por el terapeuta, reparentaliza al niño vulnerable.

3. Cartas a los padres

Consiste en escribir cartas a sus padres o a otras personas significativas que les han perjudicado o han herido durante la infancia o adolescencia. Los pacientes traen a la siguiente sesión la carta y la leen en voz alta ante el terapeuta. La razón para escribir estas cartas a los padres es sintetizar lo que el paciente ha aprendido sobre ellos como resultado del trabajo cognitivo y experiencial.

4. Imaginación para ruptura de patrones.

Los pacientes imaginan que se comportan de formas sanas en lugar de retraerse en sus estilos de afrontamiento típicos.

5. Trabajo corporal

Cuando los pacientes tienen dificultades para sentir o expresar emoción, el terapeuta puede ayudarles a centrarse en sus cuerpos. El terapeuta podría añadir sonidos o movimientos al sentimiento.

2.3.9.4 TÉCNICAS CONDUCTUALES

El tercer bloque de técnicas es el de técnicas conductuales encaminadas a modificar patrones autodestructivos. La meta de estas técnicas es lógicamente producir un cambio conductual y básicamente serían de dos tipos: cambiar conductas que provocan esquemas o, por el contrario, cambiar el ambiente provocando cambios vitales importantes. A veces va a ser necesario el cambio conductual, otras el cambio del ambiente, y en otras ocasiones el paciente podrá emplear ambas estrategias para modificar un esquema.

1. Asignación de tareas

El terapeuta ayuda al paciente a diseñar tareas conductuales para reemplazar respuestas de afrontamiento desadaptativas. Tras la identificación de patrones disfuncionales de conducta, cliente y terapeuta pasan a acordar qué tipo de tareas conductuales se pueden hacer. El paciente describe por escrito el desarrollo de su tarea, guardando la original y dando una copia al terapeuta la asignación es concreta y específica.

2. Role playing

El paciente practica las conductas sanas durante las sesiones de terapia haciendo uso del role playing. El paciente realiza repetidos ensayos imaginarios de la situación problemática e interpreta varios roles de la situación con el terapeuta.

2.3.9.5 TÉCNICAS QUE TRABAJAN CON LA RELACIÓN PACIENTE-TERAPEUTA

1. Confrontación empática

La confrontación empática es la postura terapéutica propia de la terapia de esquemas. El terapeuta adopta esta postura durante toda la fase de cambio para proporcionar el crecimiento psicológico del paciente. El terapeuta empatiza con el paciente y confronta el esquema. El terapeuta expresa que comprende las razones por las que el paciente ha desarrollado ese esquema y que entiende cuán difícil es cambiarlo, simultáneamente reconoce la importancia del cambio, esforzándose por lograr el equilibrio óptimo entre la empatía y la confrontación que permitirá cambiar al paciente.

2. Reparentalización limitada en la fase de cambio

Incluye la auto-apertura genuina por parte del terapeuta, para que sea útil, debe ser sincera y auténtica. Por ejemplo, alabar a un paciente con un esquema de imperfección es una reparentalización apropiada solo si se basa en cualidades positivas realistas del paciente que el terapeuta aprecia auténticamente.

ESQUEMAS MAL ADAPTATIVOS Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

La teoría del aprendizaje social y la teoría social cognitiva propuesta por Bandura proporcionan una visión real y efectiva del comportamiento del consumo de alcohol, donde las expectativas individuales y sociales, los modelos, las interacciones directas con la sustancia y las características propias de la persona permiten entender y comprender la adquisición, el mantenimiento y el control del comportamiento del consumo de alcohol. Esta teoría se centra en la interacción entre el comportamiento, el individuo y el medio ambiente en un modelo de reciprocidad triádica, es decir, que cualquiera de estos determinantes puede afectar a otros.

El proceso principal de la teoría del aprendizaje social es el aprendizaje vicario, por medio del modelado, el cual consiste en que el comportamiento y las actitudes de un individuo o grupo actúan como estímulo para generar conductas semejantes en otras

personas que están expuestas a la actuación del modelo; de esta manera, la adquisición del comportamiento de consumo de alcohol se inicia desde antes de tener contacto con la bebida, a través de las creencias y expectativas que se construyen socialmente dando así el origen a los esquemas maladaptativos tempranos, los mismos que se forman, solidifican y perpetúan en los adolescentes en base a experiencias vitales tempranas, así como también las necesidades insatisfechas de cada persona.

Beck, Wright, Newman y Liese, afirman que los consumidores excesivos de alcohol presentan esquemas que contienen la creencia de "no puedo ser feliz a menos de que sea querido" (Esquema Abandono), la cual se activa cuando la persona percibe que ha sido rechazada por una persona significativa.

2.4 CONSUMO DE ALCOHOL

2.4.1 ANTECEDENTES

El alcohol, del árabe alkuhi (esencia o espíritu), es el producto de la fermentación de sustancias vegetales. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad cuando nuestros más remotos antepasados tuvieron la experiencia de beber el líquido resultante de la colección de agua de lluvia en alguna irregularidad del tronco de un árbol, luego de haber caído en dicho depósito natural alguna fruta desprendida que sufriera, posteriormente, el proceso de fermentación. La capacidad de observación del hombre primitivo le permitió reproducir dicho fenómeno y obtener el preparado, aunque éste sólo pudo ser utilizado en cantidades importantes a partir de la cultura del neolítico, 10 000 años atrás, cuando fue posible la utilización de recipientes adecuados gracias al desarrollo de la alfarería.

La ingestión inicial con finalidades religiosas dio paso a su consumo colectivo con fines festivos, en ocasiones muy especiales, y finalmente alcanzó mayor potencialidad dañina cuando su utilización dependió de la decisión personal; desde entonces se establecieron 2 grandes categorías de consumidores, representadas por quienes beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y aquéllos que desgraciadamente no pueden lograr ese objetivo y se convierten en bebedores irresponsables.

El vino y la cerveza fueron conocidos desde la época de los egipcios (unos 5 000 años atrás). *Hipócrates*, médico griego, habló hace unos 2 400 años de la locura alcohólica y en el año 800 de nuestra era, Rhamses, un químico árabe, descubrió lo que a la postre aumentaría notablemente el poder dañino del tóxico: la destilación. Hasta ese momento, las únicas formas conocidas de producción no superaban la concentración de 12 a 14 grados de alcohol, ya que a partir de esa cifra el propio contenido del tóxico neutraliza el proceso de fermentación. Surgieron así, en la historia de la humanidad, las bebidas destiladas, llamadas también fuertes o espirituosas como el aguardiente, el ron, el coñac y otras.

En 1849 surgió el término alcoholismo, gracias a Magnus Huss, un médico sueco que vivió en la época en que su país era el primer consumidor de alcohol de todo el mundo, pero no fue hasta los trabajos de Jellinek, a mediados del presente siglo, que el alcoholismo fue considerado una enfermedad luego que este autor lo describiera como "todo consumo del alcohol que determinara daños a quien lo ingiere, a la sociedad o a uno y otra".

2.4.2 DEFINICIONES

Es la ingesta de una sustancia psicoactiva que puede provocar riesgo en el individuo como síntomas de la dependencia y algunas consecuencias para la salud física y mental
Braschi, M; et.al.(2012)

El consumo de alcohol es considerado como uno de los principales riesgos en la salud a nivel mundial que abarca efectos sanitarios y sociales, que compromete tanto el desarrollo individual, familiar y social. El grado de riesgo por el consumo del alcohol varía en función de la edad, sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. (O.M.S. 2010).

Ávila, k. Barahona, V.et.al. (2002.) manifiesta el consumo de alcohol es un problema público, político, económico y de salud integral que afecta a personas de todos los estratos socio-económicos del país. La dimensión de esta problemática es compleja, pues abarca aspectos psicológicos, médicos, sociales, culturales, económicos y fiscales

entre otros; los cuales son determinantes en la situación que afecta el bienestar individual, familiar y social del consumidor. (pg. 15)

2.4.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

2.4.3.1 FACTOR SOCIAL

El factor social es un factor predominante en el consumo de alcohol; los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante que determina el consumo de sustancias. El consumir alcohol, hace parte de la selección y socialización entre amigos, puesto que debe existir aprobación por parte de los otros, evitando la exclusión social por parte de quienes consumen alcohol (Donovan, 2004; Henry, Slater, y Oetting, 2005). Las actitudes de aprobación por parte de los pares constituyen un factor asociado con el consumo de alcohol en jóvenes.

2.4.3.2 FACTOR FAMILIAR

La estructura familiar (tal como la presencia y la participación de los padres) durante la niñez o la adolescencia afecta el consumo de alcohol por parte de los jóvenes; estas influencias se mantienen en la adultez.

Las personas con lazos familiares más fuertes son menos propensas a ser influenciadas por amigos y están mejor capacitadas para evitar el consumo riesgoso de alcohol.

La mayor participación en las actividades familiares, en vez de en actividades con amigos, también es un factor de protección.

Se ha encontrado que también es influyente la relación con los padres, en especial aquellas en las cuales el joven tiene una relación conflictiva con estos, y cuando sus comportamientos están ligados al consumo de sustancias. A partir de la relación con los padres y con los pares, adquieren gran importancia los sentimientos y las emociones de los jóvenes, resultado de esas interacciones. En consecuencia, los sentimientos y las emociones se pueden considerar como un factor más de asociación al consumo de alcohol (Donovan, 2004; Yeh, Chiang y Huang, 2005).

Si en la familia existen patrones de consumo de sustancias, los jóvenes los seguirán; el consumo de alcohol se favorece o no de acuerdo con la percepción que tienen los parientes de este comportamiento y con sus actitudes, bien sean de aprobación o desaprobación (Brody, Cleveland, Gerrard, Gibbons y Pormery, 2005; East, y Khoo, 2005).

2.4.3.3 FACTOR SOCIAL

Otro factor importante es el nivel de satisfacción social, ya que los niños y jóvenes creen que con el consumo de alcohol obtendrán consecuencias positivas debido al papel que sus efectos juega en las relaciones interpersonales, dando paso, en consecuencia, al aumento del nivel de satisfacción personal (Barnett y Cols., 2005).

R. Secades (1996) ha diseñado un modelo biopsicosocial donde los negociadores del mayor o menor abuso del alcohol y de la aparición del alcoholismo en los jóvenes serían los siguientes:

2.4.3.4 FACTORES BIOLÓGICOS

- Predisposición y vulnerabilidad genética
- Metabolismo y sensibilidad ante la sustancia tóxica

2.4.3.5 FACTORES SOCIALES

- Actitudes sociales ante el alcohol.
- Disponibilidad (bajo precio, proximidad al punto de venta)
- Medios de comunicación
- Presión social
- Deprivación social

2.4.3.6 FACTORES PSICOLÓGICOS

- Personalidad: depresión, conducta antisocial, baja autoestima, impulsividad
- Estados emocionales negativos: estrés, ansiedad
- Bajo nivel de competencia
- Imitación, curiosidad
- Modelos negativos en los compañeros/ as o familia
- Expectativas positivas sobre los efectos del alcohol
- Efectos reforzantes del alcohol
- Refuerzo social
- Evitación de estados negativos

2.4.4 PATRONES DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Abordando el punto de los patrones de consumo, en este apartado describimos la frecuencia del consumo de alcohol que se ingiere marcando la diferencia entre los distintos tipos de consumo.

Entre los principales patrones de consumo de alcohol encontramos:

2.4.4.1 CONSUMO EXPERIMENTAL

Es el primer contacto de la persona con la sustancia. Imitación curiosidad, presión del grupo, ponerse en onda, pueden ser otras razones para la iniciación. La primera experiencia no puede ser agradable para el usuario, será el grupo de experimentados que lo animara a seguir, sin ser determinante, la primera experiencia puede ser el comienzo de un final doloroso y a veces sin retorno.

Yaria. A. (2005). Son los consumos que corresponden a situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias. Cuando menor es la edad de contacto con la sustancia mayor es la posibilidad de un consumo problemático y dependiente, principalmente cuando esto se une a dificultades familiares y falta de apoyo social.

2.4.4.2 CONSUMO SOCIAL U OCASIONAL

López. M. & Gáfaró. A. (2007). Se da cuando el grupo suele consumir en reuniones o fiestas. Por lo general, todos lo hacen por que otros lo hacen, como una manera de sentirse parte del grupo y no de ser excluidos. Sin embargo el consumo no suele ser frecuente sino esporádico. Muchos lo realizan en grupo como una medida de prevención, ya que no son capaces de hacerlos solos. (Pag.276)

Yaria. A. (2005).Corresponde al uso intermitente de la sustancia, sin ninguna periodicidad y con largos intervalos de abstinencia. Habitualmente se utiliza la sustancia en grupo. Puede trabajar, aunque hay ya una búsqueda de droga, conoce sus efectos y por este motivo las consume.

2.4.4.3 CONSUMO HABITUAL

El usuario abandona su actividad pasiva frente a la droga. Su consumo tiene una regularidad en el tiempo, con fuerte motivación para hacerlo. Pierde el miedo a la droga. Puede definirse por una droga o aceptar cualquiera con el fin de volar. El organismo va generando tolerancia, es decir una adaptación a la droga, al mismo tiempo que se va asociando con determinados patrones de comportamiento.

2.4.4.4 EL CONSUMO DE RIESGO

Thomas F. et, al (2001). Es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

2.4.4.5 EL CONSUMO PERJUDICIAL

Consumo perjudicial (CIE 10). Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, que puede ser físico (ej.: hepatitis) o mental (ej.: trastornos depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas ocasiones en el período de un año.

2.4.5 DEFINICIÓN DE CONSUMO, ABUSO, DEPENDENCIA

Queremos abordar en este apartado tres términos utilizados en la literatura sobre el tema que nos ocupa, y cuya delimitación nos parece de gran importancia, especialmente al tratar de la ingesta de bebidas alcohólicas: consumo, abuso y dependencia.

Morales, Camarena y Torres (1992), recogen una tipología de consumo:

- **Uso de alcohol.** Se considera como uso de alcohol las pautas adaptadas de consumo de bebidas alcohólicas. Este concepto, al igual que el de abuso, son poco específicos en lo que se refiere a la idea de adaptación/desadaptación, pues son términos que tienen mucho que ver con patrones sociales y culturales propios de cada comunidad humana. En nuestro país, existen unas pautas de consumo “adaptado” vinculado a determinadas costumbres y ritos sociales por todos conocidos, que desde fuera de nuestro medio pudieran ser consideradas de abuso.
- **Abuso de alcohol.** Puede considerarse como la utilización de bebidas alcohólicas de forma desviada respecto de su uso habitual, es decir, de aquella utilidad que el grupo sociocultural de referencia le ha atribuido originariamente, pudiendo ser esta desviación cualitativa (uso asociado a situaciones en que dicha utilización puede resultar peligrosa; ej.: conducir o

realizar trabajos peligrosos) o cuantitativa (consumir grandes cantidades de forma habitual).

- **Dependencia del alcohol.** El Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) está sometido a unos determinados criterios diagnósticos que requieren de atención clínica y/o ambulatoria inmediata. Sin embargo el diagnóstico se hace cada vez más complicado, teniendo en cuenta la aparición de nuevas formas de consumo abusivo, no exactamente diagnosticables con la etiqueta de S.D.A., y características de determinados tipos de consumidores: jóvenes bebedores excesivos de fin de semana; consumidores compulsivos con escaso deterioro físico; jóvenes politoxicómanos; o alcoholómanos con uso exclusivamente ansiolítico del alcohol

2.4.6 EFECTOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

Tras la ingesta de alcohol se producen a corto plazo una serie de efectos o síntomas, dependientes de la dosis ingerida (aunque afectan otros factores individuales).

- 1- Fase de euforia y excitación. Tasa de alcoholemia: 0,5 g/L. Locuacidad, euforia, desinhibición, conducta impulsiva.
- 2- Intoxicación. El organismo que no está acostumbrado al alcohol se resiste. Poco a poco se afecta el sistema nervioso al originarse la pérdida en la capacidad de coordinar los movimientos produciendo el desequilibrio y a veces caídas. Si se abusa se puede producir la ataxia locomotriz que es una parálisis propia de los alcohólicos. El alcohol produce efectos depresivos y una aparente sensación de calor al dilatarse los vasos cutáneos, pero lo que ocurre realmente es la pérdida de calor del organismo.
- 3- Fase hipnótica o de confusión. Tasa de alcoholemia: 2 g/L. Irritabilidad, agitación, somnolencia, cefalea, disartria, ataxia, disimetría. Náuseas y vómitos.
- 4- Fase anestésica o de estupor y coma. Tasa de alcoholemia: 3 g/L. Lenguaje incoherente. Disminución marcada del nivel de conciencia (obnubilación y coma) y del tono muscular. Incontinencia de esfínteres. Dificultad respiratoria.

- 5- Fase bulbar o de muerte. Tasa de alcoholemia: 5 g/L. Shock cardiovascular. Inhibición del centro respiratorio. Parada cardio-respiratoria y muerte

Bravo, F. & Andrade, P. (2007). La teoría de la desinhibición postula que el consumo de alcohol induce el riesgo de la conducta, sin considerar las circunstancias, asimismo señala que los efectos de la conducta son causados por el consumo de alcohol ya que hay un decremento en el funcionamiento de áreas del cerebro como el lóbulo frontal, que es responsable de acciones prudentes, el cual normalmente puede inhibir conductas inapropiadas.

2.4.7 ACTITUDES HACIA EL ALCOHOL

Desde una visión ecológica, podemos contemplar las actitudes hacia el consumo de alcohol como el resultado de la interacción entre determinadas fuerzas culturales, que permanecen constantes en todos los sujetos integrantes de un determinado medio sociocultural, y otras tantas variables individuales propias de la experiencia de cada sujeto (Bennett y Ames, 1985).

Sin embargo, como señalaron Calafat *et al.* (1991), las actitudes por sí solas no tienen por qué ser un predictor directo de la conducta de consumo. Normalmente, no debería ser demasiado extraño encontrar “contradicciones” en el sentido de que adolescentes que no manifiestan actitudes permisivas, comiencen a realizar un consumo habitual de drogas institucionalizadas. Y esto nos lleva directamente al tema de la accesibilidad de las actitudes en el momento de tomar una decisión conductual: por ejemplo, aceptar una invitación a consumir.

La accesibilidad de las actitudes dentro del aparato cognitivo de la persona, como variable que media entre la actitud y la conducta, ha sido un aspecto muy estudiado dentro de la Psicología Social. Una de las variables postulada como facilitadora de dicha accesibilidad es la formación de las actitudes a partir de la experiencia directa con el objeto actitudinal (Fazio y Williams, 1986). Así, podemos entender que las actitudes hacia el alcohol basadas en sus supuestas dimensiones hedonista y facilitadora, predecirán la conducta de consumo cuando el adolescente que las mantiene ha experimentado personalmente el consumo de esta sustancia en

determinados ambientes. De esta forma, podría consolidar o desmentir las creencias provenientes del medio sociocultural.

2.4.8 CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

La vida de los adolescentes escolarizados transcurre en buena medida ajustándose a los horarios y a las actividades de sus respectivos centros de estudios ya que una considerable porción de su tiempo diario lo dedican a la vida académica. Por ello, no debe extrañar que sea un contexto donde se pueden manifestar de forma precoz los problemas ligados al abuso del alcohol. Por otro lado, las experiencias escolares de los adolescentes influyen en aspectos tan diversos como sus relaciones con los demás o su vida familiar y afectiva. Algunos estudios ponen de manifiesto que hay una relación entre las experiencias que los chicos vivencian en sus centros educativos y el desarrollo de su autoestima, autoconcepto, salud mental, relaciones sociales, conductas de salud y, en definitiva, sus estilos de vida (Carrasco, 2002; Hurrelmann, Leppin y Nordlohne, 1995)

2.5 MODELO TERAPÉUTICO APLICADO DE LA TERAPIA DE ESQUEMAS EN LOS ADOLESCENTES QUE CONSUMEN ALCOHOL.

Este modelo terapéutico se desarrolló en la Unidad Educativa del Milenio Penipe, con los 13 adolescentes tomados previamente como muestra, con una duración de 40 minutos por sesión, en un tiempo de 6 meses, en un total de 23 sesiones.

Sesión 1: Dinámica: El mundo

Con la finalidad de que exista una adecuada presentación e integración con los estudiantes, se realizó una dinámica; se indicó que nos vamos a presentar por parejas y que éstas deben intercambiar determinado tipo de información que es de interés para todos, por ejemplo: el nombre, el interés por el curso, sus expectativas, información sobre sus estudios, su procedencia y algún dato personal. Esta actividad tuvo mucho éxito ya que se obtuvo un ambiente propicio. Mediante esta dinámica se estableció la alianza terapéutica y el rapport necesario para llevar a cabo lo planteado para cada sesión.

Al final de esta sesión se dio a conocer todo el proceso terapéutico y las actividades que vamos a realizar.

Sesión 2: Evaluación y Educación: aplicación del Test de Audit

Con la aplicación del Test de Audit se pudo identificar los adolescentes que consumen alcohol y en qué nivel se encuentra, los estudiantes se mostraron colaboradores ya que respondieron muy conscientemente cada uno de los ítems.

Sesión 3: Evaluación y Educación: Entrevista

Una vez identificados a los estudiantes que consumen alcohol se entrevistó a cada uno, con la finalidad de comprobar los resultados que arrojaron los test y de crear una relación terapeuta-paciente, se evidencio una barrera al momento de explicar las causas del consumo de alcohol.

Sesión 4: Evaluación y Educación: Aplicación del CEY

El cuestionario de esquemas de Young (Young y Brown, 1990,2001) es una medida de auto-informe para evaluar esquemas. Los pacientes valoran, en base a una escala de tipo Likert de 6 puntos, en qué medida los describe cada ítem.

Luego de aplicar el test, se procede a revisar conjuntamente con los pacientes, por separado, formulando preguntas sobre esos ítems que tienen puntuaciones elevadas, con el fin de extraer la esencia de cada esquema, conocer los problemas y los patrones centrados en la historia de la vida del adolescente.

Sesión 5, 6, 7: Evaluación y Educación: Imaginación: Reconocimiento de Esquemas Desadaptativos y vinculación con los problemas presentes

Una vez revisado con el paciente el cuestionario (CEY), el siguiente paso consiste en activar durante la sesión los esquemas del paciente y vincular con los problemas actuales.

Mediante la imaginación; comenzamos y concluimos en un lugar de seguridad, pedimos a los pacientes que diferencien las imágenes de las situaciones infantiles

molestas experimentadas con cada padre/madre o persona significativa de sus infancias o adolescencias, seguidamente instruimos a los pacientes para que hablen con esas personas de sus imágenes, expresando lo que sienten y piensan, y lo que les gustaría obtener de esa otra persona

Después pedimos a los pacientes que cambien a una imagen de sus vidas presentes que les haga sentir de manera idéntica a como se sintieron en la infancia. Una vez más se pide a los pacientes que mantengan un diálogo con la persona de la vida adulta.

Con esto se ayuda al paciente a explorar las imágenes a fin de identificar los esquemas, comprender sus orígenes en la infancia y vincularlos con los problemas del momento presente.

Sesión 8: Cambio: Estilos de Afrontamiento: Estrategias cognitivas: Comprobar la validez de un esquema.

Esta técnica tiene como finalidad comprobar la validez de un esquema examinando las pruebas favorables y desfavorables al esquema, se utiliza toda la vida del paciente como datos empíricos y no se limita a las circunstancias presentes, el esquema es la hipótesis que debe ponerse a prueba. Conjuntamente con el paciente se elabora un listado de pruebas favorables del esquema desde el pasado hasta el presente; a continuación se elabora otro listado de las pruebas que refutan el esquema. A los adolescentes les costó poco elaborar el primer listado, es decir, las evidencias que defienden el esquema, porque ya creen en estas, les parece natural y les resulta familiar. Por el contrario, a los pacientes les costó mucho trabajo elaborar el segundo listado, las pruebas que refutan el esquema, por lo que recurrimos a proporcionarles mucho input.

Sesión 9: Cambio: Estilos de Afrontamiento: Estrategias cognitivas: Evaluar las ventajas y desventajas de las respuestas de afrontamiento.

El objetivo es que los pacientes reconozcan la naturaleza contraproducente de sus estilos de afrontamiento y comprendan que, si sustituyeran estos estilos de afrontamiento por conductas más sanas, podrían aumentar las oportunidades de

felicidad de sus vidas. Conjuntamente con el paciente se estudian individualmente cada esquema y respuesta de afrontamiento y se enumeran las ventajas y desventajas de cada una. Con esta técnica se logró que los adolescentes hicieran consiente que sus estilos de afrontamiento fueron adaptativos durante la infancia pero desadaptativos en la edad actual, en el mundo exterior, fuera de sus familias de origen o grupo de amigos.

Sesión 10: Cambio: Estilos de Afrontamiento: Estrategias cognitivas: Poner en dialogo entre la parte del esquema y la parte sana.

Con la siguiente técnica cognitiva los adolescentes aprenden a establecer diálogos entre su parte del esquema y su parte del adulto sano. Adaptando la silla vacía de la Gestalt, se instruye al paciente para que cambie de silla mientras interpreta las dos partes: en una silla el paciente interpreta la parte del esquema y en la otra interpreta su parte sana.

En algunos casos se tuvo que adoptar la parte sana y el paciente la parte del esquema y así se va cambiando, para muchos adolescente necesitaban apuntes para dar respuestas sanas, sin embargo, a medida que respondieron de forma más natural y automática, en su parte del adulto sano, gradualmente nos vamos retirando hacia el fondo. Es necesario repetir esta técnica varias veces para debilitar el esquema y fortalecer la parte sana. Con esta técnica los adolescentes fueron adoptando como actuar sin que se active el esquema mal-adaptativo.

Sesión 11: Cambio: Estilos de Afrontamiento: Estrategias cognitivas: Elaborar tarjetas recordatorio para los esquemas.

Tras finalizar el proceso de reestructuración del esquema, se elaboran tarjetas recordatorio relacionadas con el esquema en las cuales se sintetizan las respuestas saludables para estímulos activadores específicos del esquema. Se pide a os adolescentes que lleven consigo las tarjetas y las lean cuando se activen los esquemas relevantes, ya que las tarjetas recordatorio contienen las pruebas más poderosas y los argumentos más convincentes contra el esquema y ofrecen a los pacientes ensayos continuos de respuestas racionales.

Sesión 12: Cambio: Estrategias Experienciales: Diálogos en imaginación.

Con la finalidad de empoderar al paciente para que luche contra el esquema y se distancie de él. Tomando en cuenta que la mayoría de las veces las figuras significativas de la infancia son los padres; se pide a los pacientes que cierren los ojos y que se visualicen con un padre o madre en una situación incómoda, en ese instante ayudamos a que exprese un afecto intenso a los padres, persuadiendo a que este afecto sea la ira. Les ayudamos a identificar las necesidades que no fueron satisfechas por estas figuras significativas, y, también, les asistimos en el proceso que les llevara a sentir ira hacia el padre/madre de la imagen por no haber satisfecho sus necesidades. La ira aporta la fortaleza emocional necesaria para combatir el esquema. El esquema representa un mundo que falla y la ira devuelve el mundo a su posición correcta.

Sesión 13: Cambio: Estrategias Experienciales: Imaginación para reparentalizar.

El objetivo de esta técnica es que el adulto sano del paciente satisfaga las necesidades emocionales del niño vulnerable de la imaginación. Hacemos uso de los tres modos de niño vulnerable, padre/madre disfuncional y adulto sano introduciendo a la imagen al adulto sano para defender al niño vulnerable del padre/madre disfuncional y para cuidar al niño vulnerable.

Primer paso: Se pide permiso para introducirse en la imagen y hablar directamente con el niño vulnerable.

Se induce al paciente a que cierre los ojos y visualice una imagen de su modo de niño pequeño, bien sea en la actualidad o en una situación pasada, en este momento se mantiene un dialogo con el niño vulnerable del paciente. En lugar de hablar directamente con el niño, se le pide al paciente que trasmita los mensajes. En este punto se comienza a dialogar con la parte del paciente que está actuando de manera evitativa, y se trata de persuadir al usuario de que la situación es suficientemente segura como para permitirnos hablar con el niño vulnerable.

Segundo paso: Se reparentaliza al niño vulnerable

Dentro de la imagen se trata de proporcionar al niño vulnerable con conductas apropiadas de un padre/madre con un niño. Es decir satisfacer lo que deseaba en esa situación que vivió, de sus padres.

Tercer paso: Se modela el adulto sano del paciente

Después de reparentalizar al niño vulnerable, pedimos a los pacientes que accedan a la parte protectora de sí mismos, modelada por el terapeuta y que hagan lo mismo. En algunos casos antes de atribuirles esta responsabilidad esperamos hasta que la parte del adulto sano del paciente sea más fuerte.

Se logró, en los adolescentes que el adulto sano satisfaga las necesidades emocionales del niño vulnerable de la imaginación.

Sesión 14: Cambio: Estrategias Experienciales: Carta a los padres.

Mediante la elaboración de cartas a los padres se consiguió que los adolescentes pueden sintetizar lo que ha aprendido de ellos, como resultado del trabajo cognitivo experiencial y afirman sus sentimientos y reivindican sus derechos.

Se pide que las cartas contengan lo que hizo el padre/madre(o no hizo) que fuera perjudicial durante la infancia del paciente; como se sintió al respecto; que hubiera deseado en ese momento por parte de sus padres y que es lo que quiere ahora de ellos. En la siguiente sesión se lee en voz alta la carta.

Sesión 15: Cambio: Estrategias Experienciales: Imaginación para ruptura de patrones.

La finalidad es que los pacientes afronten sus esquemas y los combatan directamente.

Se sugiere que cierren los ojos e imaginen que se comportan de formas sanas, así se les ayuda a abrirse paso entre sus estilos de afrontamiento de evitación y sobrecompensación y descubrir nuevas formas de relación

Sesión 16, 17: Ruptura de patrones de conducta: Definir conductas específicas.

La finalidad de esta sesión es definir conductas específicas como posibles objetivos de cambio, para esto se recurre a muchas fuentes de información como son: la conceptualización del caso, la imaginación de las situaciones problemáticas etc. Que se dio en las sesiones anteriores.

Los adolescentes que están a punto de dejar de consumir alcohol relacionan su deseo de beber con sus esquemas (abandono, privación emocional, imperfección etc.) los cuales se empezaron a generarse en la infancia. En lugar de verse a sí mismos como personas débiles, convertidos en alcohólicos, comienzan a entender porque ocurrió. La bebida era un modo de evitar las emociones dolorosas unidas a sus esquemas precoces desadaptativos.

Sesión 18, 19: Ruptura de patrones de conducta: Modificación de conductas específicas: Asignación de tareas.

La modificación requiere permanecer en una situación y aprender a responder de manera más apropiada. Se comienza por la conducta más problemática es decir por la que causa más angustia e interfiere con el funcionamiento interpersonal, dicha conducta se relaciona con sus orígenes en la infancia.

Tras la identificación de patrones disfuncionales de conducta, cliente y terapeuta pasan a acordar qué tipo de tareas conductuales se pueden hacer.

El paciente describe por escrito el desarrollo de su tarea, guardando la original y dando una copia al terapeuta la asignación es concreta y específica.

Sesión 20: Ruptura de patrones de conducta: Revisar las Ventajas y Desventajas de Mantener la Conducta

Esta sesión tiene como objetivo fortalecer la motivación para el cambio de las conductas mal-adaptativas. Conjuntamente con el paciente se revisó las ventajas e inconvenientes derivados del mantenimiento de la conducta mal-adaptativa.

Sesión 21, 22: Ruptura de patrones de conducta: Ensayar la Conducta Sana en Imaginación y Role Play

Como objetivo nos planteamos que los adolescentes practiquen en esta sesión, las conductas sanas mediante la imaginación y el role playing.

Los pacientes realiza repetidos ensayos imaginarios de la situación problemática e interpreta varios roles de la situación. Aquí los adolescentes visualizaron como gestiona la situación, atravesando satisfactoriamente los bloqueos potenciales.

En los role playing interpretamos el modelo de adulto sano en primer lugar y el paciente interpreto a la persona en la situación problema. Posteriormente se intercambió de roles con el fin de desmenuzarla mayoría de bloqueos sugeridos de manera que el paciente se sienta bien preparado.

Sesión 23: Ritual de despedida

Cada uno de los adolescentes escogieron una forma diferente de despedirse de sus compañeros y de sus terapeutas, en la que tenían que expresar lo que les ha enseñado estas sesiones terapéuticas; como es a identificar sus esquemas cuando se activan y como combatirlos.

2.6 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Ansiedad.- (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es una anticipación de un daño o desgracia futuros, que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (Luke A. 2008. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria* .Madrid)

Ataxia.- Es un signo clínico que se caracteriza por provocar la descoordinación en el movimiento de las partes del cuerpo de cualquier animal, incluido el hombre. Esta

descoordinación puede afectar a los dedos y manos, a los brazos y piernas, al cuerpo, al habla, a los movimientos oculares, al mecanismo de deglución, etc. (National Ataxia Foundation (NAF). 2014. *Ataxias y la degeneración cerebelosa o espinocerebelosa.*)

Autoderrotista.- Pueden ser pensamientos caracterizados por un tipo de comportamiento que impide que la persona consiga sus propias metas y deseos. Suele hacer que se impliquen en situaciones que conducen continuamente al fracaso, al rechazo y a la pérdida, aunque se disponga de otras opciones. (Cortese Abel. 2010. *Inteligencia exitosa.* Buenos Aires- Argentina)

Consumo.- Es el acto de que el individuo empieza a darse permiso para usar la primera dosis de sustancia psicotrópica elegida. (Mosby's Medical, Nursing, & Allied Health Dictionary. 1998. Edition 5)

Diagnóstico.- Un diagnóstico son el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto. (Anaya Daniel, 2002. *Diagnóstico en Educación.* Madrid: Sanz y Torres. España, p. 810).

Disartria.- Es un trastorno de la programación motora del habla. Los músculos de la boca, la cara y el sistema respiratorio se pueden debilitar, moverse con lentitud o no moverse en absoluto después de un derrame cerebral u otra lesión cerebral. El tipo y la gravedad de la disartria dependerán de qué parte del sistema nervioso se vea afectada. (American Speech- Language- Hearing- Association. 1997. *Dishartria.*)

Distímico.- Es aquella persona que padece Distimia un trastorno afectivo crónico caracterizado el estado de ánimo melancólico. (Fava M, Cassano P.2014. *Mood disorders: major depressive disorder and dysthymic disorder.* Massachusetts)

Distorsión cognitiva.- Son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas, alteraciones emocionales en la creencia de pensamientos negativos. (Moreno Nicolás, 2007. *Guía para superar la depresión.* Granada)

Estrategias.- Es el conjunto de acciones que se implementarán en un contexto determinado con el objetivo de lograr el fin propuesto. (Nisbet, J. y Shucksmith, J. (1991). *Estrategias de aprendizaje*. Madrid: Santillana, 1994)

Ingesta.- Acción o efecto de ingerir. Sinónimo de consumir. (Farlex.Spanish-English Medical Dictionary.2012)

Lábil.- En la persona se producen cambios, que suelen ser repetitivos, rápidos, bruscos en la forma de expresar la afectividad. (Mosby's Medical, Nursing, & Allied Health Dictionary. 1998. Edition 5).

Obnubilación.- Es un estado menos severo que el estupor, la persona responde correctamente a las órdenes complejas (ejecuta órdenes escritas, realizacálculo mental...), pero con lentitud, fatiga o bastante dificultad de concentración. (Diccionario Enciclopédico Vox 1. 2009 Larousse Editorial, S.L.)

Patrones Autodestructivos.- Son estándares mentales negativos usados para responder ante alguna situación. (Wholey Dennis, 2009 *¿Por qué sigo haciendo eso?*, Aguilar-Fontanar, México)

Perpetuación.- Se entiende por la existencia eterna de algo o alguien. (Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. 2007 Larousse Editorial, S.L.)

Reencuadre.- Consiste en modificar la visión de una realidad a fin de cambiar completamente su sentido. (Roca Villanueva Elia, 2012. *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia- España)

Reparentalización.- Es una técnica que se usa para resolver problemas arcaicos y sentimientos que influyen negativamente en la conducta y los sentimientos de hoy. (Osnes Russell E. 2010. *Análisis Transaccional*. Minesota)

Test.- Prueba diseñada específicamente para medir aptitudes, conocimientos, capacidades, personalidad, y en general, cualquier aspecto psíquico. (William Collins Sons & Co. Ltd. 1971. *Diccionario Collins*. Harper Collins Publisher).

Trastornos somatomorfos.- Es el nombre de un grupo de afecciones en las que el dolor físico y los síntomas que siente la persona están relacionados con factores psicológicos. Estos síntomas no pueden vincularse con una causa física específica. En las personas que tienen un trastorno somatomorfo, los resultados de las pruebas médicas son normales o no explican los síntomas de la persona. (Yates William R. 2008. *Somatoform Disorders*. California)

2.7 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.7.1 HIPÓTESIS

- La Terapia de Esquemas disminuye el nivel de consumo de alcohol en los adolescentes de primero y segundo de bachillerato, de la Unidad Educativa del Milenio Penipe.

2.7.2 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Terapia de Esquemas

VARIABLE DEPENDIENTE

Consumo de alcohol

2.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definiciones	Categorías	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
Variable Independiente: Terapia de Esquemas	Es una psicoterapia integradora cuya finalidad es reestructurar patrones profundos persistentes y autoderrotistas de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás. (Young, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia integradora 	<ul style="list-style-type: none"> • Esquemas desadaptativos tempranos. • Técnicas Conductuales,(asignación de tareas role playing), Cognitivas (imaginación positiva y negativa), Gestalt (la silla vacía). 	<p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación Clínica • Reactivo Psicológico <p>Instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de seguimiento psicoterapéutico. • Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2) Young y Brown.
Variable Dependiente: Consumo de alcohol	Es la ingesta de una sustancia psicoactiva que puede provocar riesgo en el individuo como síntomas de la dependencia y algunas consecuencias para la salud física y mental Braschi, M; et.al.(2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de una Sustancia Psicoactiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leve ✓ Moderado ✓ Grave 	<p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reactivo Psicológico <p>Instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de Audit

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3. MÉTODO

Los métodos utilizados fueron:

Método Científico: Proceso estructurado mediante el cual se aspira a encontrar respuestas a problemas específicos con el fin de exponer y confirmar una teoría; es por ello que nos hemos basado en investigaciones reales para confirmar nuestra hipótesis y fue utilizado a través de la observación, aplicación de reactivos y técnicas en los adolescentes sujetos a la evaluación y aplicación de las técnicas.

Método Clínico: Es un proceso de diagnóstico con pasos ordenados que todo profesional de la salud aplica en la búsqueda del diagnóstico, y consisten en: obtención de la información necesaria (síntomas, signos y otros datos) para después establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas e ir a su comprobación final.

Este método se utilizó en la entrevista y aplicación de reactivos a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”, además en cada uno de los pasos secuenciales, ordenados y planificados que se realizaron para el desarrollo de esta investigación.

Método Psicométrico: Se entiende por el conjunto de procedimientos que conducen a la valoración cuantitativa de los fenómenos psicológicos mediante instrumentos de tipo experimental que se utiliza para medir o evaluar una característica psicológica específica; por lo cual en el desarrollo de esta investigación se aplicó al grupo de adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”, reactivos que nos permitirán arribar a datos objetivos luego de la administración de los mismos.

A demás se utilizaron los métodos inductivo, deductivo, analítico y sintético, los mismos que permitieron analizar de una forma sistemática la relación entre el Consumo de Alcohol, y Esquemas Desadaptativos, aplicando la Terapia de Esquemas con el objetivo de obtener conclusiones válidas para la ejecución de tratamientos terapéuticos.

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó la Investigación Descriptiva porque se ocupa de detallar los datos y características de la población en esta investigación; se conoce la relación entre el Consumo de Alcohol y la aparición de Esquemas Desadaptativos, con la aplicación de la Terapia de Esquemas previamente seleccionada; además mediante la ficha de seguimiento se conocen los avances que se generaron en la investigación.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es cuasi experimental debido a que se aplica la Terapia de Esquemas para manipular la variable Consumo de Alcohol y con ello disminuir el mismo.

3.3 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es transversal, a razón que se desarrolló en un periodo de tiempo determinado de seis meses, Diciembre 2014- Mayo 2015.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 POBLACIÓN

Esta investigación se realizó en la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”; con estudiantes de primero y segundo de bachillerato con una población de 50 adolescentes, entre dieciséis y dieciocho años de edad.

3.4.2 MUESTRA

Se consideró como muestra a 13 adolescentes (8 hombres y 5 mujeres), en los que se identificó el nivel de consumo de alcohol después de haber aplicado el Test de Audit, los mismos que presentan consumo de alcohol leve (7 adolescentes, equivalente al 53,85%) y moderado (6 adolescentes, equivalente a 46,15%). La que se determina tomando en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- De esta forma constituyeron la muestra de estudio:
 - Adolescentes que presenten consumo de alcohol leve.
 - Adolescentes que presenten consumo de alcohol moderado.
 - Adolescentes entre la edad de dieciséis y dieciocho años.
 - Adolescentes de primero y segundo año de bachillerato.

Criterios de Exclusión:

- De esta forma no constituyeron la muestra de estudio:
 - Adolescentes que no presentaron consumo de alcohol.
 - Adolescentes menores a dieciséis años.
 - Adolescentes mayores a dieciocho años de edad.
 - Adolescentes que no pertenecen a primero o segundo de bachillerato.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó una ficha de seguimiento psicoterapéutico con todos los adolescentes, así como también un formulario de conceptualización individual de casos en cuanto a los esquemas encontrados.

3.5.1 TÉCNICAS:

- **Observación Clínica:** Elemento fundamental en todo proceso de investigación, en el cual se apoya el investigador para obtener la mayor cantidad de datos. Es el primer paso para el conocimiento de la persona sobre la base de lo que presenta, lo que es y lo que manifiesta, ya sea de forma verbal y/o en forma no verbal.
- **Reactivo psicológico:** Es un instrumento experimental que tiene por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo.

3.5.2 INSTRUMENTOS

- **Hoja de registro y seguimiento Psicoterapéutico:** Es un instrumento que utiliza el psicólogo para tener un registro y dar seguimiento acerca de la evolución del paciente. (Anexo 1)

- **Reactivo psicológico:**
 - AUDIT, Cuestionario de Identificación de Trastornos debido al alcohol. (Anexo 2)
 - YSQ-L2, Cuestionario de Esquemas de Young (Anexo 3)

3.5.3 TEST AUDIT

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente.

Consigna.- En el cuestionario se presentan preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año. Debido a que el consumo de alcohol puede afectar a muchos aspectos de su salud, es importante que sepamos cuánto bebe habitualmente y si ha experimentado algún problema con su consumo. Por favor, trate de ser tan honesto y preciso como pueda.

Elaboración.- Se debe seleccionar una sola respuesta que crea acertada para usted. Se explica que si tienen alguna duda o inquietud nos lo hagan saber

Valoración cuantitativa:

- 1) Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4.
- 2) Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado «Total».

Puntuación	Nivel de Consumo de alcohol
8-15	Leve
16-19	Moderado
20 a 40	Grave

(OMS, 2001)

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG YSQ-L2

El cuestionario de esquemas de Young Schema Questionnaire – Long Form Second Edition consta de 45 ítems y evalúa once factores (esquemas). Es de aplicación individual.

Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, representando la presencia de los esquemas. Siendo así: 1= Completamente falso de mí; 2= La mayor parte falso de mí; 3= Ligeramente más verdadero que falso; 4= Moderadamente verdadero de mí; 5= La mayor parte verdadero de mí; 6= Me describe perfectamente.

Para su calificación, se tiene en cuenta la suma de los ítems de cada Factor (esquema) obteniéndose las puntuaciones directas. Las puntuaciones directas de cada uno de los esquemas, se convierten a percentiles, teniendo como referencia la Tabla 5 para establecer el límite de la presencia significativa del esquema, a partir del percentil 85.

TABLA 5

Puntajes de referencia percentil y puntajes T de los factores con ítems que poseen propiedades paramétricas del Young Schema Questionnaire – Long Form Second Edition

Puntuación Típica

Abandono	Insuficiente autocontrol/a autodisciplina	Desconfianza/abuso	Deprivación emocional	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	Autosacrificio	Estandares inflexibles 1	Estandares inflexibles 2	Inhibición emocional	Derecho/grandiosidad	Entramamiento	Percentil	Puntuaciones T
6	6	5	5	4	4	4	3	3	3	2	1	25-28
											2	29-30
											3	31-32
											4	33
											5	33-34
											6	35
7											7	35
		6			5						8	35-36
											9	37
											10	38-39
8	7	7	6		7		5				15	40-41
9		8	7	5	8	5	6				20	42
10	8			6					4		25	43
11	9	9	8		9	6	7				30	44-45
12	10	10		7		7		4	5	3	35	46
13	11	11	9		10		8		6		40	47
14	12		10	8	11	8		5		4	45	48-49
		12		9			9				50	50
16		13	11	10	12	9		6			55	51
17	13			11	13		10		7		60	52
18	14	14	12	12		10	11	7		5	65	53-54
19.6	15	15	13	13	14	11			8		70	55
21	16	17		14	15	12	12	8		6	75	56-57
22.4	18	18	15	16	16	13	13	9	9		80	58-59
25	20	19	16	17	17	14	14		10	7	85	60
27	22	22	18	19	19	17	15	11	11	8	90	61-63
28	22.38	22.38	19			17		12		9	91	63
	23	23			20	18			12		92	64-65
29	24		20	20		18.74				10	93	65
30		25	21		21	19	16	13			94	65
31	25.1		22					14	13		95	66-67
32	27	25.28		21	22						96	67
	28	27	23	22	22.46	20	17	15		11	97	68-69
33	30	28	24	23	23	21	18	16	14	12	98	70-71
34	32	30	26	24	24	23		17.82	15		99	72
36	36		30			24		18	18		100	Media D.std N
16.09	28	13.00	11.03	10.34	11.85	9.29	9.17	6.17	6.55	4.42	16,09	
7.47	6.16	6	5.01	5.53	4.98	4.76	4	3.49	3.11	2.58	7,47	
1419	1419	1419	1419	1419	1419	1419	1419	1419	1419	1419		

3.6 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos de la aplicación de los reactivos psicológicos fueron analizados, mediante la estadística básica, los resultados fueron representados en porcentajes mediante cuadros y gráficos, para elaborar las conclusiones y recomendaciones de esta investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE

DATOS

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL TEST AUDIT APLICADO A LOS ADOLESCENTES DE LA “UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO PENIPE”.

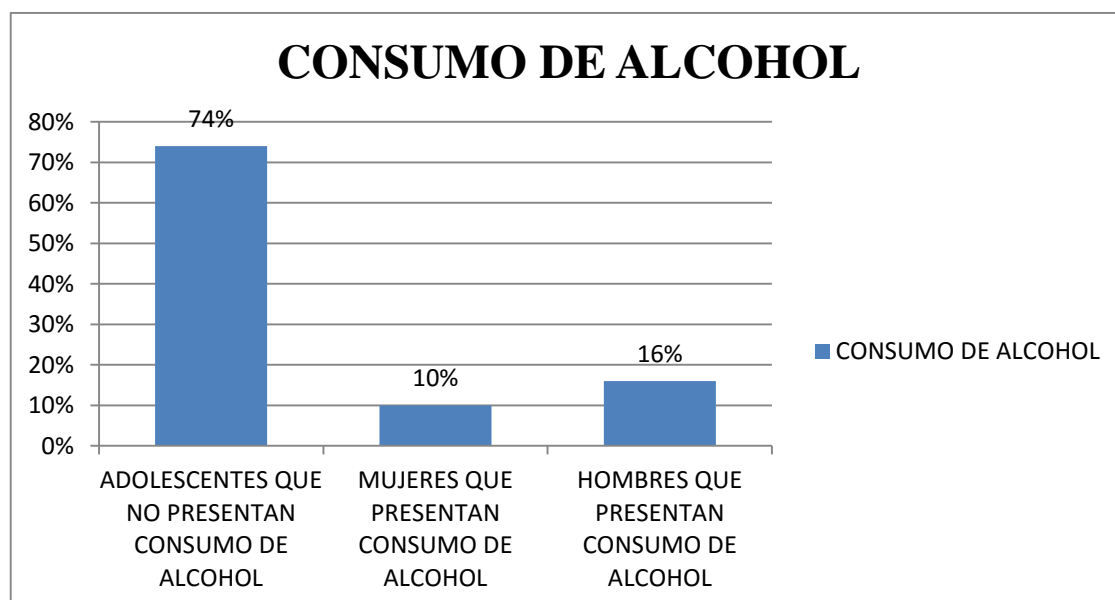
Cuadro N°1.- Consumo de Alcohol- Test Audit

INDICADOR	FRECUENCIA	%
ADOLESCENTES QUE NO PRESENTAN CONSUMO DE ALCOHOL	37	74%
MUJERES QUE PRESENTAN CONSUMO DE ALCOHOL	5	10%
HOMBRES QUE PRESENTAN CONSUMO DE ALCOHOL	8	16%
TOTAL	50	100%

Fuente: Test de Consumo de Alcohol “AUDIT”, aplicado a los adolescentes de la “Unidad Educativa del Milenio Penipe”.

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo

Gráfico N°1.- Test, Consumo de Alcohol- Test Audit



Fuente: Test de Consumo de Alcohol “AUDIT”, aplicado a los adolescentes de la “Unidad Educativa del Milenio Penipe”.

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo

Análisis

De los adolescentes evaluados con el Test Audit, la población 5 mujeres y 8 hombres presentan consumo de alcohol por más de seis meses, lo que equivale al 26% de la población afectada y un 74% que no presentan consumo del alcohol.

Interpretación

Según los autores Carrasco y Hurrelmann la vida de los adolescentes escolarizados transcurre en buena medida ajustándose a los horarios y a las actividades de sus respectivos centros de estudios ya que una considerable porción de su tiempo diario lo dedican a la vida académica. Por ello, no debe extrañar que sea un contexto donde se pueden manifestar de forma precoz los problemas ligados al abuso del alcohol. Por otro lado, las experiencias escolares de los adolescentes influyen en aspectos tan diversos como sus relaciones con los demás o su vida familiar y afectiva. Algunos estudios ponen de manifiesto que hay una relación entre las experiencias que los chicos vivencian en sus centros educativos y el desarrollo de su autoestima, autoconcepto, salud mental, relaciones sociales, conductas de salud y, en definitiva, sus estilos de vida. (Carrasco, 2002; Hurrelmann, Leppin y Nordlohne, 1995).

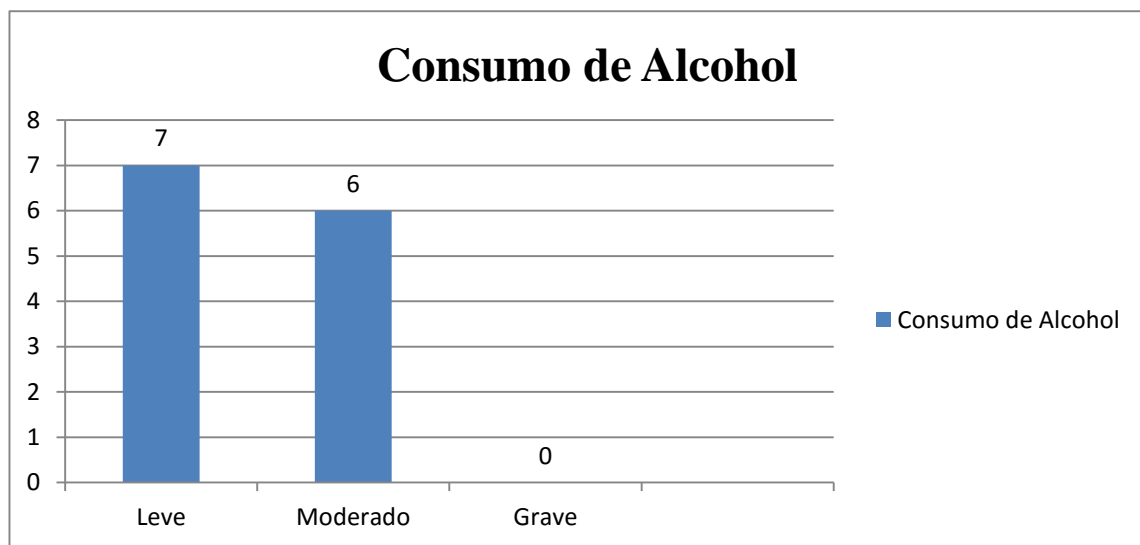
4.1 Cuadro N°2 Nivel de Consumo de Alcohol

INDICADOR	FRECUENCIA	%
LEVE	7	53,85%
MODERADO	6	46,15%
GRAVE	0	0%
TOTAL	13	100%

Fuente: Test de consumo de alcohol “AUDIT”, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°2 Nivel de Consumo de Alcohol



Fuente: Test de consumo de alcohol “AUDIT”, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis.-

De los adolescentes evaluados con el Test Audit, la población 7 adolescentes presentan consumo de alcohol leve lo que equivale al 53,85% y 6 presentan consumo de alcohol moderado dando un valor porcentual de 46,15 por más de seis meses.

Interpretación

Según Thomas F. et, al (2001), es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. En estos adolescentes se presentó consumo de alcohol leve y moderado sin que existan signos somáticos de gravedad.

4.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ESQUEMAS YSQ-L2 APLICADO A LOS ADOLESCENTES

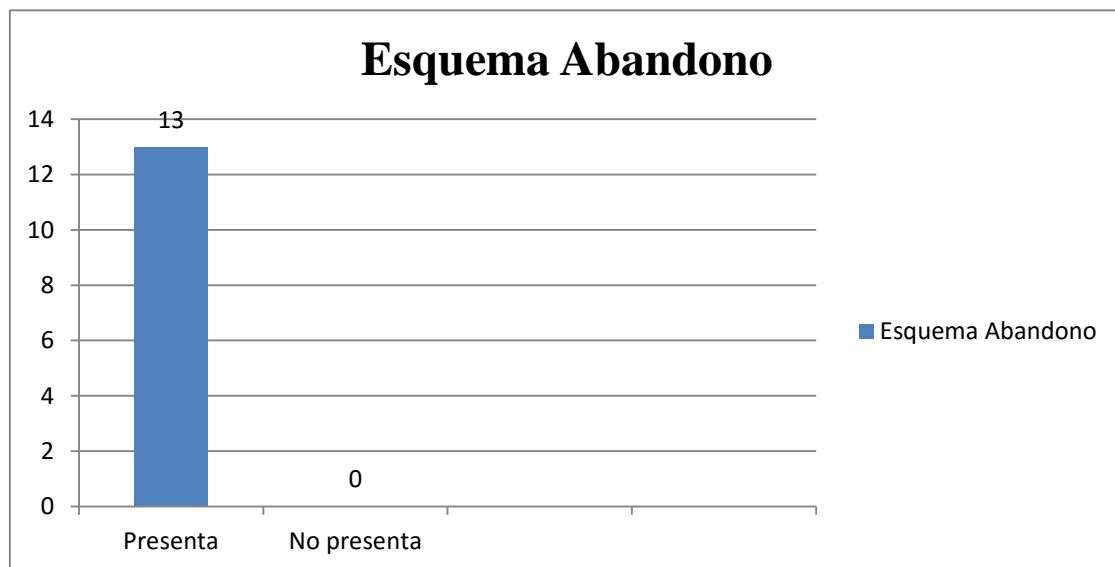
Cuadro N°3 Esquema Desadaptativo de Abandono

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA ABANDONO	13	100
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA ABANDONO	0	0%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°3 Esquema Desadaptativo de Abandono



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que trece presentan el esquema de abandono que representa el 100% de la población.

Interpretación

La muestra de personas seleccionadas presentan: Esperar constantemente perder a las personas más próximas. Creen que dichas personas van a abandonarlas, enfermar o morir, dejarlos por alguien mejor, que se van a comporta de manera imprevisible, o, de algún modo, que pueden desaparecer repentinamente. Por ello, viven con un miedo constante y se muestran siempre vigilantes a cualquier señal indicativa de que alguien esté a punto de abandonar sus vidas.

Las emociones más comunes son la ansiedad crónica por perder a personas, tristeza, cuando se produce la pérdida real o percibida, e ira contra las personas que os han abandonado. En este esquema algunas personas se sienten molestos incluso cuando alguien se aleja por breves periodos de tiempo. (Young, Klosko, Weishaar, 2003)

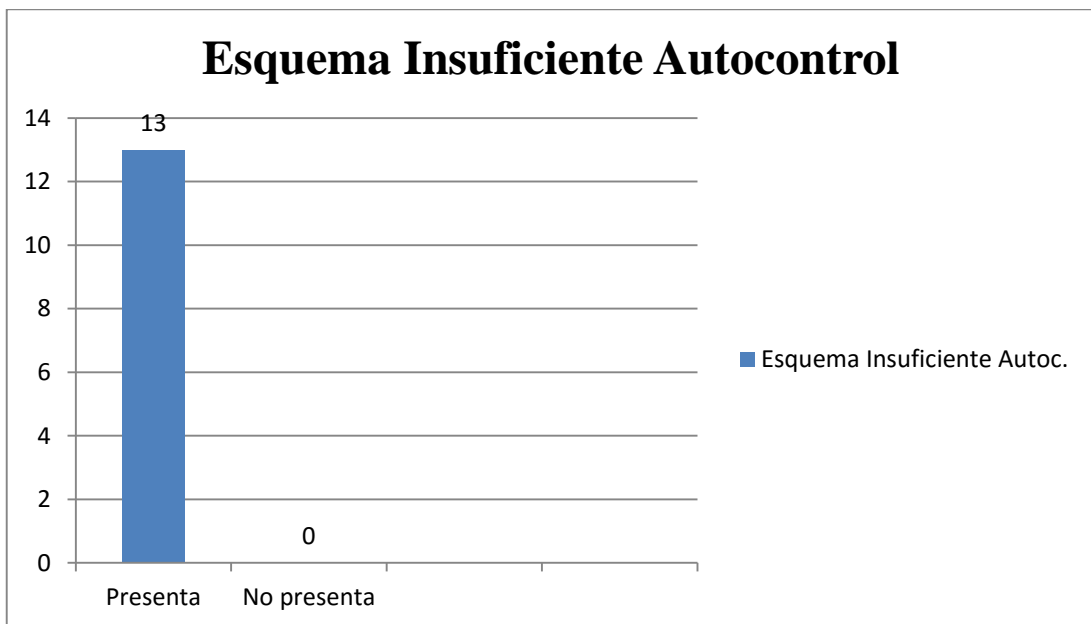
Cuadro N°4 Esquema Desadaptativo de Insuficiente Autocontrol- Autodisciplina

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA INSUFICIENTE AUTOCONTROL	13	100
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA INSUFICIENTE AUTOCONTROL	0	0%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°4 Esquema Desadaptativo de Insuficiente Autocontrol- Autodisciplina



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que trece presentan el esquema de insuficiente autocontrol que representa el 100% de la población. Según lo menciona Young (2003)

Interpretación

Las personas con este esquema suelen carecer de dos cualidades: 1) autocontrol- la capacidad para contener apropiadamente las propias emociones e impulsos; y 2) autodisciplina- la capacidad para tolerar el aburrimiento y la frustración el tiempo suficiente para realizar las tareas. Son incapaces de contener debidamente sus emociones e impulsos. Tanto en su vida personal, como académica muestran dificultades generalizadas para posponer la gratificación a corto plazo, a fin de satisfacer los objetivos a largo plazo. Parecen no aprender suficientemente de la experiencia es decir de las consecuencias negativas de su conducta. En *Postales desde el abismo*, Carrie Fisher (1989) sintetiza esta sensibilidad cuando señala: “El problema de la gratificación inmediata es que no es suficientemente veloz”.

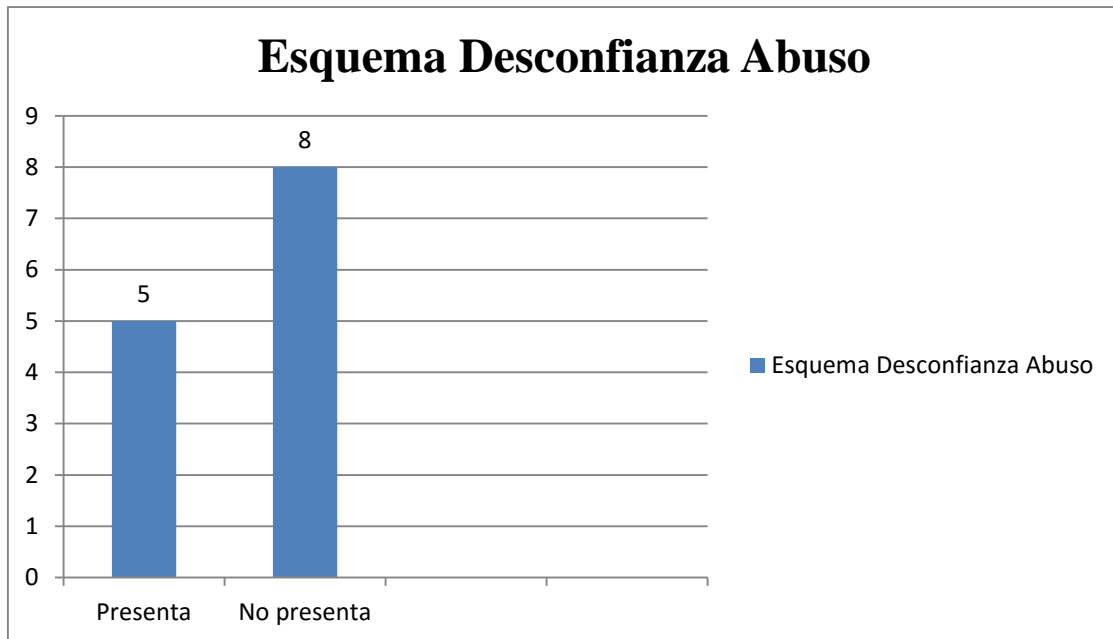
Cuadro N°5 Esquema Desadaptativo Desconfianza/abuso

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA DESCONFIANZA ABUSO	5	38,46%
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA DESCONFIANZA ABUSO	8	61,53%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°5 Esquema desadaptativo Desconfianza/abuso



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que cinco presentan el esquema de insuficiente autocontrol que representa el 38,46% de la población, mientras que ocho personas no presentan dicho esquema dando un valor porcentual de 61,53%.

Interpretación

Entendiéndose de esta manera según la teoría de Young (1999) que quienes presentan este esquema esperan de los demás que les mientan, manipulen engañen o se aprovechen de ellos de algún modo. Estos pacientes no confían en que las personas vayan a ser honestas y directas y en que tengan buenas intenciones. Se mantienen constantemente en guardia y sospechan de todos, algunas veces creen que los demás van a herirlos o humillarlos intencionadamente. En el mejor de los casos sienten que las restantes personas persiguen sus propios intereses y están dispuestas a perjudicar a los demás para obtener lo que quieran; en el peor de los casos, están convencidos de que las personas son malévolas, sádicas y obtienen placer del mal ajeno. Isaac Bashevis Singer (1978) escribió sobre el holocausto –una expresión en masa del esquema de desconfianza/abuso- en su libro *Shosha*: “El mundo es un matadero y un burdel” (pág. 266)

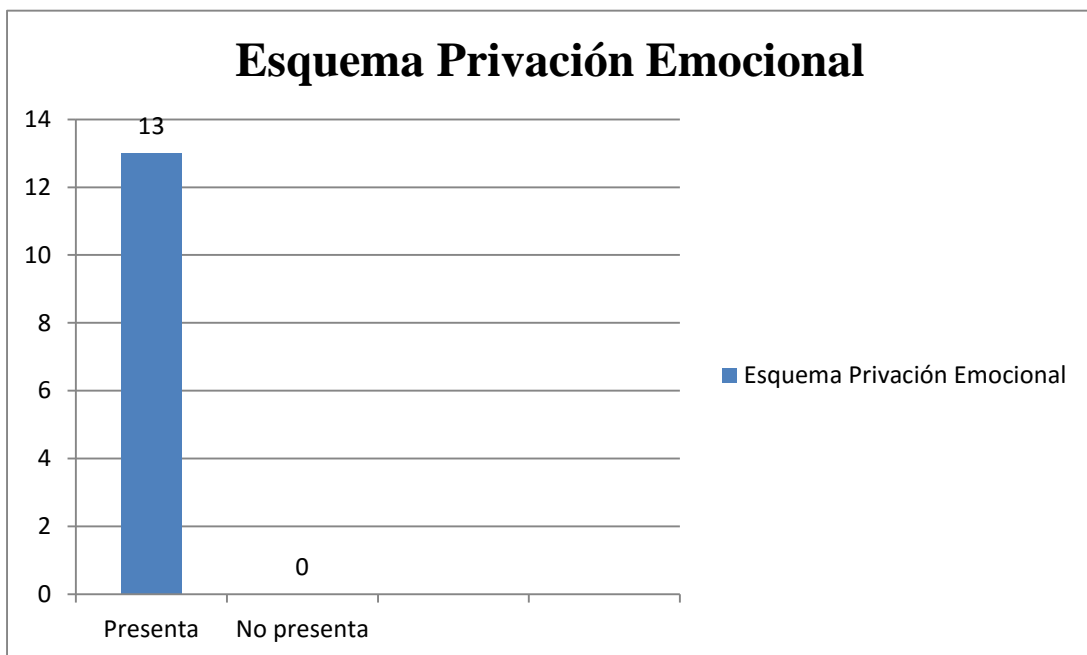
Cuadro N°6 Esquema Desadaptativo Privación Emocional

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA PRIVACIÓN EMOCIONAL	13	100%
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA PRIVACIÓN EMOCIONAL	0	0%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°6 Esquema Desadaptativo Privación Emocional



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que trece presentan el esquema de privación emocional que representa el 100% de la población.

Interpretación

Según lo menciona Young (2003), la privación emocional es uno de los más frecuentes en los pacientes de su trabajo con esquemas, las personas que lo presentan suelen solicitar tratamiento aquejados de sentimientos de soledad, amargura y depresión, y normalmente no suelen saber por qué sienten lo que sienten; o se presentan con síntomas vagos o inciertos que posteriormente se comprueba que están relacionados con dicho esquema. Estos pacientes no esperan que el resto de las personas –incluido el terapeuta- cuide de ellos, los comprendan o los protejan. Se sienten emocionalmente privados y pueden creer que no están obteniendo suficiente afecto y cariño, atención o expresión de emociones profundas. Pueden llegar a sentir que no hay nadie que pueda proporcionarles la fuerza y la guía que necesitan. Suelen sentirse incomprendidos, engañados y solos en el mundo; se experimentan como invisibles o vacíos de amor. Actúan con más fuerza de la que realmente sienten dentro y con actividades que refuerzan su privación, reaccionando como si carecieran de necesidades emocionales. Como estas personas no esperan apoyo emocional, no lo piden y, en consecuencia no lo obtienen.

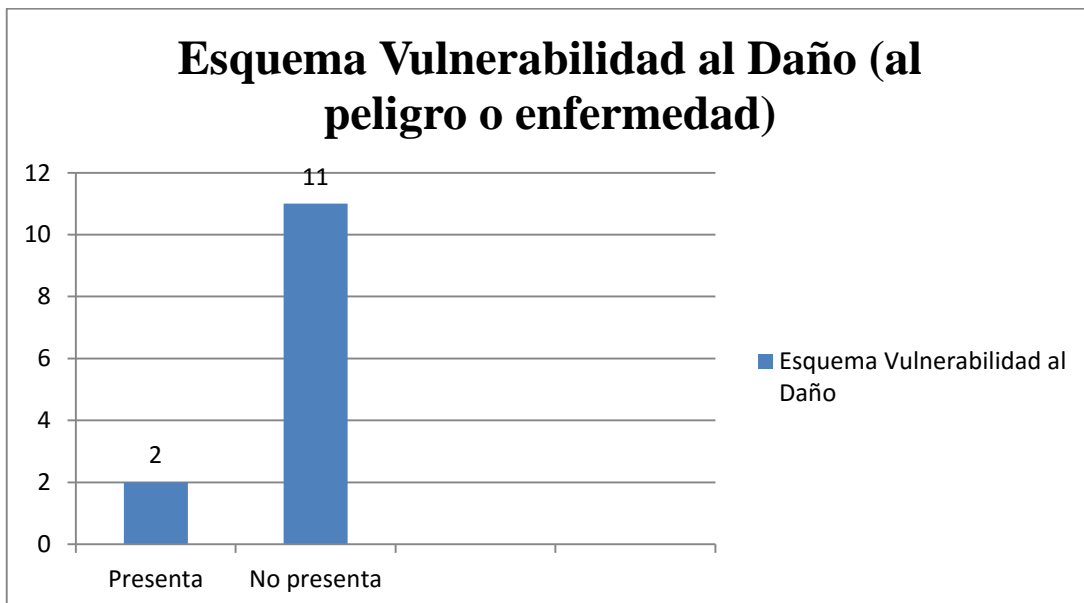
Cuadro N°7 Esquema Desadaptativo Vulnerabilidad al Daño (al peligro o enfermedad)

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA VULNERABILIDAD AL DAÑO	2	15,38%
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA VULNERABILIDAD AL DAÑO	11	84,62%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°7 Esquema Desadaptativo Vulnerabilidad al Daño (al peligro o enfermedad)



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que dos presentan el esquema de insuficiente autocontrol que representa el 15,38% de la población, mientras que once personas no presentan dicho esquema dando un valor porcentual de 84,62%.

Interpretación

Según Young (2003) los pacientes que presentan este esquema viven sus vidas creyendo que en cualquier momento, se producirá una catástrofe. Están convencidos de que algo terrible, ajeno a su control, les va a ocurrir. Temen la aparición de una enfermedad médica inminente; que se produzca un desastre natural; ser víctimas de un acto criminal, ser víctimas de un accidente grave, perder todo su dinero o sufrir un ataque nervioso y volverse locos. Algo malo les va a ocurrir y no van a ser capaces de impedirlo. La emoción predominante es la ansiedad, que oscila entre el miedo de nivel medio-bajo hasta las crisis plenas de ansiedad. Estos pacientes no temen manejar las situaciones cotidianas, como les ocurre a los pacientes con el esquema de dependencia, sino que temen los sucesos catastróficos.

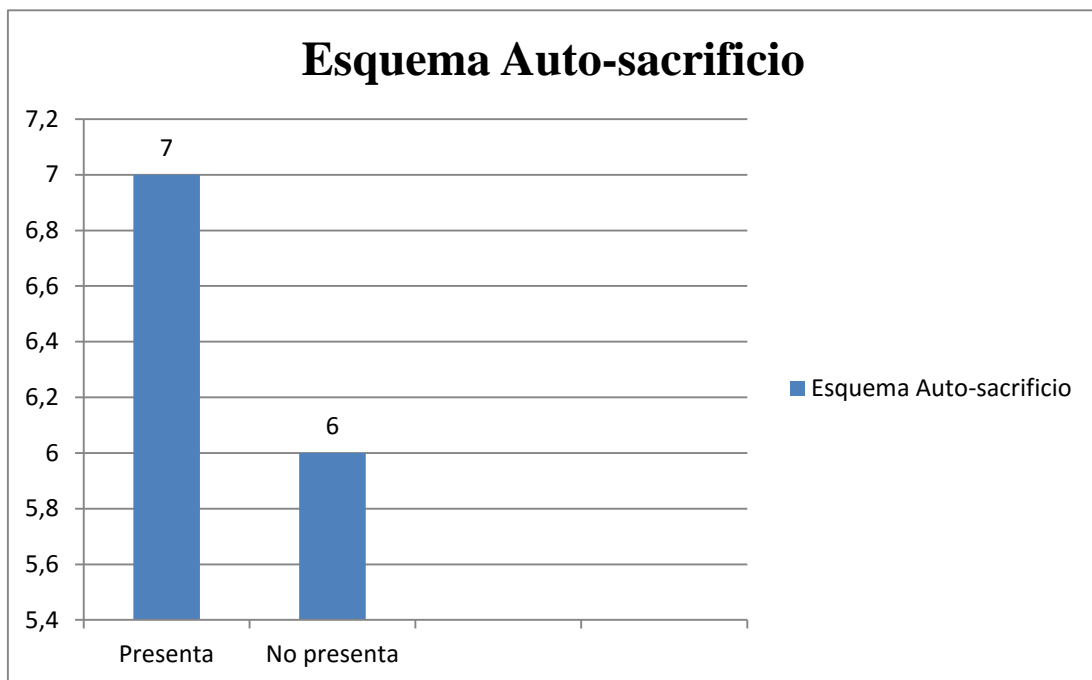
Cuadro N°8 Esquema Desadaptativo Auto-sacrificio

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA AUTO-SACRIFICIO	7	53,85%
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA AUTO-SACRIFICIO	6	46,15%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°8 Esquema Desadaptativo Auto-sacrificio



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que siete presentan el esquema de auto-sacrificio que representa el 53,85% de la población, mientras que seis personas no presentan dicho esquema dando un valor porcentual de 46,15%.

Interpretación

Según Young (1999), estos pacientes, al igual que quienes presentan el esquema de subyugación, muestran un foco excesivo en la satisfacción de las carencias de los demás a expensas de sus propios menesteres. Sin embargo a diferencia de los pacientes con esquema de subyugación, estos pacientes experimentan su auto-sacrificio como algo voluntario. Lo hacen porque quieren prevenir el sufrimiento de otras personas, hacer lo correcto, evitar sentirse culpables o egoístas o mantener el vínculo con otras personas significativas a quienes perciben como necesitados. El esquema de auto-sacrificio se deriva muchas veces de lo que creemos que es un temperamento altamente empático –una sensibilidad aguda hacia el dolor ajeno-. Algunas personas sienten el dolor psíquico de los demás con tanta intensidad que se sienten muy motivados a aliviarlo o prevenirlo. No quieren hacer cosas o permitir que ocurran cosas que originen dolor a terceras personas. El auto-sacrificio suele conllevar una sensación de exceso de responsabilidad por los demás, por ello, muchas veces se solapa con el concepto de codependencia

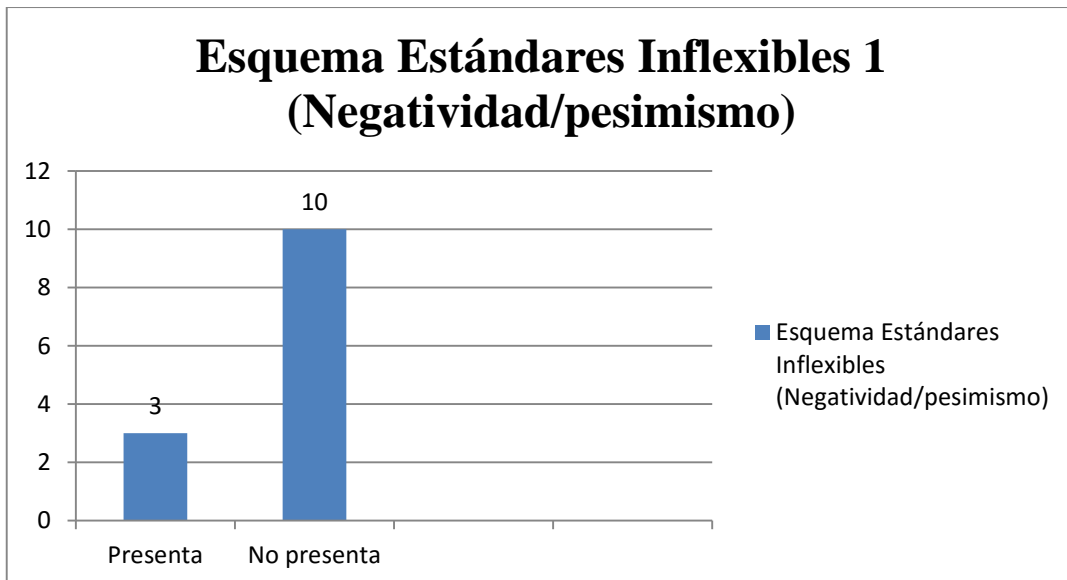
Cuadro N°9 Esquema Desadaptativo Estándares Inflexibles 1 (Negatividad/pesimismo)

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA ESTÁNDARES INFLEXIBLES 1	3	23,08%
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA ESTÁNDARES INFLEXIBLES 1	10	76,92%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°9 Esquema Desadaptativo Estándares Inflexibles 1 (Negatividad/pesimismo)



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que tres presentan el esquema de negatividad/pesimismo que representa el 23,08% de la población, mientras que diez personas no presentan dicho esquema dando un valor porcentual de 76,92%.

Interpretación

Young (1999) menciona que estos pacientes prestan atención de forma generalizada y crónica a los aspectos negativos de la vida, como el dolor, la muerte, la pérdida, la decepción, la traición, el fracaso y el conflicto, al mismo tiempo que minimizan los aspectos positivos. En una amplia gama de situaciones, laborales, financieras, e interpersonales, presenta expectativas exageradas de que las cosas van a empeorar mucho. Los pacientes se sienten vulnerables a cometer errores desastrosos de los que se derivará la catástrofe de su vida que podrían conducir a la bancarrota, a pérdidas graves, a la humillación social, a estar atrapado en una situación molesta o a la pérdida de control. Dedicar mucho tiempo a asegurarse de no haber cometido ningún error y son propensos a la rumiación obsesiva. La ansiedad es la característica más prominente. Los sentimientos típicos incluyen la tensión y las preocupaciones crónicas entre las conductas más frecuentes se encuentran la queja y la indecisión. No es fácil captar a los pacientes con este esquema, porque independientemente de lo que uno diga, siempre ven los aspectos negativos de los acontecimientos. Su botella está siempre medio-vacía.

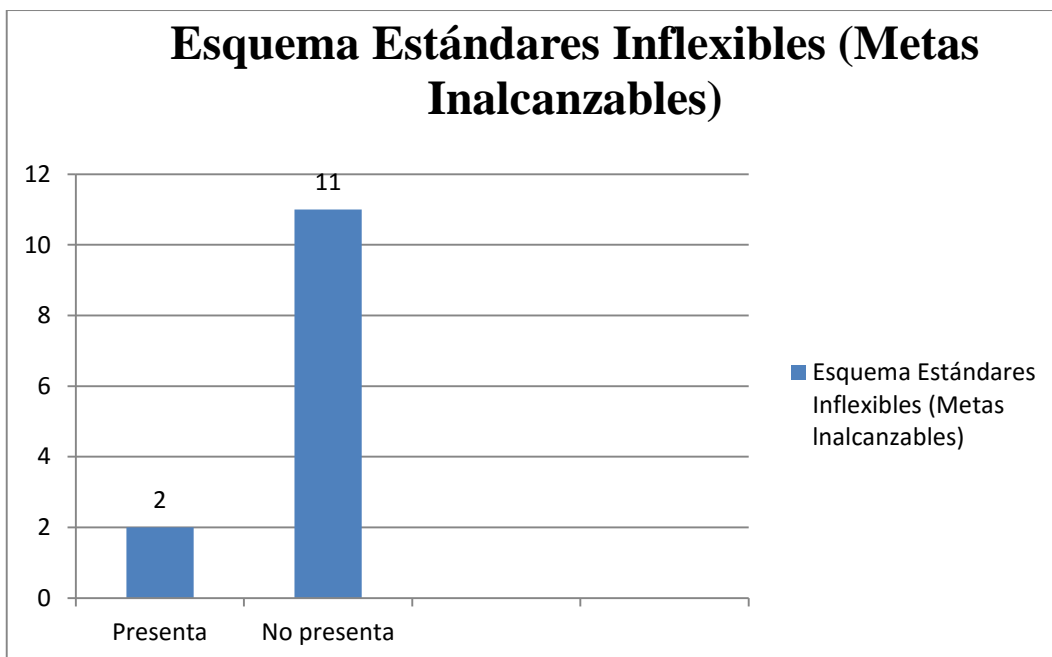
Cuadro N°10 Esquema Desadaptativo Estándares Inflexibles 2 (Metas Inalcanzables)

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA ESTÁNDARES INFLEXIBLES 2	2	15,38%
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA ESTÁNDARES INFLEXIBLES 2	11	84,62%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°10 Esquema Desadaptativo Estándares Inflexibles (Metas Inalcanzables)



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que dos presentan el esquema de insuficiente autocontrol que representa el 15,38% de la población, mientras que once personas no presentan dicho esquema dando un valor porcentual de 84,62%.

Interpretación

Los pacientes con este esquema se presentan como perfeccionistas o motivados. Creen que deben esforzarse constantemente para satisfacer metas extraordinariamente altas. Estos estándares han sido internalizados; por consiguiente, a diferencia del esquema de búsqueda de aprobación/reconocimiento, los pacientes con el esquema de metas inalcanzables o modifican sus expectativas o conductas en base a las reacciones de los demás. Estos pacientes se esfuerzan por alcanzar objetivos, sobre todo, porque creen que “deberían” hacerlo, no porque quieran ganar la aprobación de otras personas. Incluso aunque nunca nadie llegara a saberlo, la mayoría de estos pacientes seguirían luchando por alcanzar esas metas. La emoción más frecuente experimentada por estos pacientes es la presión. Esta presión es incesante. Como la imperfección es imposible, la persona debe empeñarse más y más de forma perpetua. Bajo todo este esfuerzo, los pacientes sienten una intensa ansiedad al fracaso –y fracasar significa obtener un 95 sobre 100. Otro sentimiento común es el hipercriticismo, tanto en relación a uno mismo como a los demás. También presentan irritabilidad, normalmente porque nunca se está haciendo bastante, al ritmo apropiado o suficientemente bien. (Suinn, 2000)

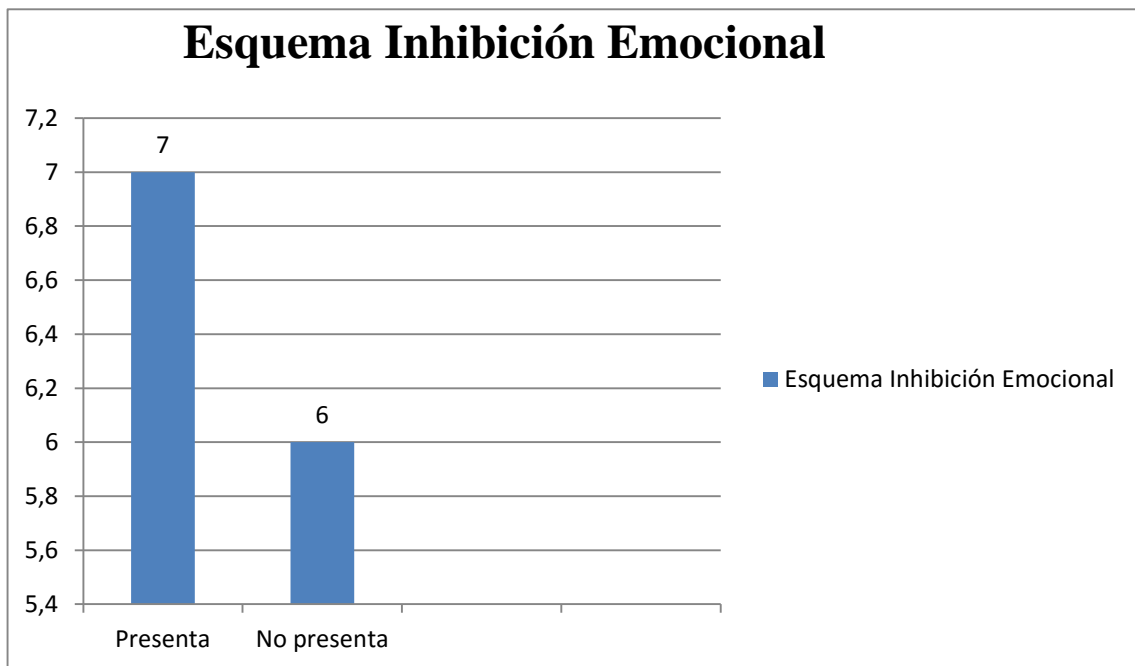
CuadroN°11 Esquema Desadaptativo Inhibición Emocional

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA INHIBICIÓN EMOCIONAL	7	15,38%
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA INHIBICIÓN EMOCIONAL	6	84,62%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°11 Esquema Desadaptativo Inhibición Emocional



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que siete presentan el esquema de inhibición emocional que representa el 53,85% de la población, mientras que seis personas no presentan dicho esquema dando un valor porcentual de 46,15%.

Interpretación

Young (1999) menciona que estos pacientes se presentan como emocionalmente constreñidos y exageradamente inhibidos para discutir y expresar sus emociones. Afectivamente son más planos o neutros que emocionales o expresivos, y más auto-controlados que espontáneos. En la mayoría de los casos inhiben las expresiones de cariño y proximidad, y también tratan de restringir sus impulsos agresivos. Muchos pacientes con este esquema valoran el auto-control por encima de la intimidad en las interacciones humanas y temen que si, ceden ante sus emociones, a la mínima pueden perder el control. En definitiva, temen verse superados por la vergüenza o por generar alguna otra consecuencia grave, como el castigo o el abandono. Muchas veces el exceso de control se extiende a otras personas significativas del contexto del paciente (el paciente trata de prevenir que otras personas significativas expresen tanto las emociones positivas como las negativas), especialmente cuando estas emociones son intensas. Los pacientes inhiben emociones cuya expresión sería más saludable.

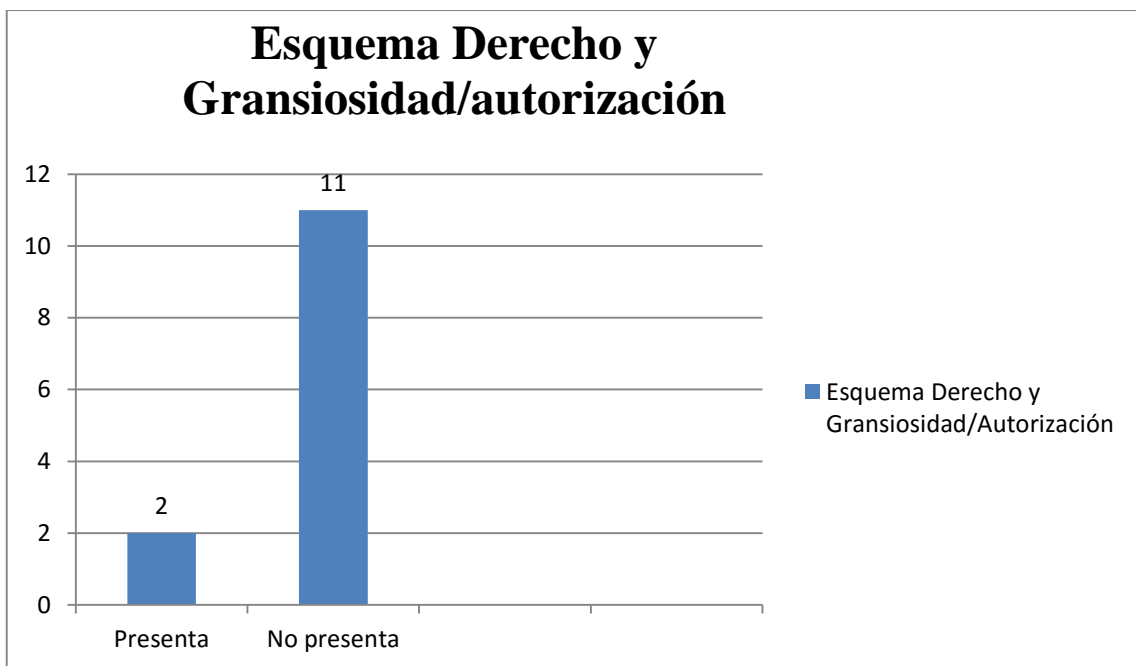
Cuadro N°12 Esquema Desadaptativo Derecho y Grandiosidad/Autorización

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA GRANDIOSIDAD	2	84,62%
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA GRANDIOSIDAD	11	15,38%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°12 Esquema Desadaptativo Derecho y Grandiosidad/Autorización



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que dos presentan el esquema derecho y grandiosidad/autorización que representa el 15,38% de la población, mientras que once personas no presentan dicho esquema dando un valor porcentual de 84,62%.

Interpretación

Young (1999) menciona que dichas personas se sienten especiales, se creen mejores que las demás personas. Como se sienten miembros de alguna “elite” se perciben autorizados para ciertos privilegios y derechos especiales y no se sienten vinculados por los principios de reciprocidad que guían las interacciones humanas sanas. Tratan de controlar la conducta de los demás a fin de satisfacer sus propias necesidades, sin empatía ni preocupación por las necesidades ajenas. Participan en actos de egoísmo y grandiosidad. Insisten en que deberían ser capaces de decir, hacer o tener lo que quieran, independientemente de lo que eso cueste a los demás. Las conductas típicas incluyen el exceso de competitividad, de dominación de las demás personas, de aseveración dolorosa de poder e imposición a los demás del propio punto de vista.

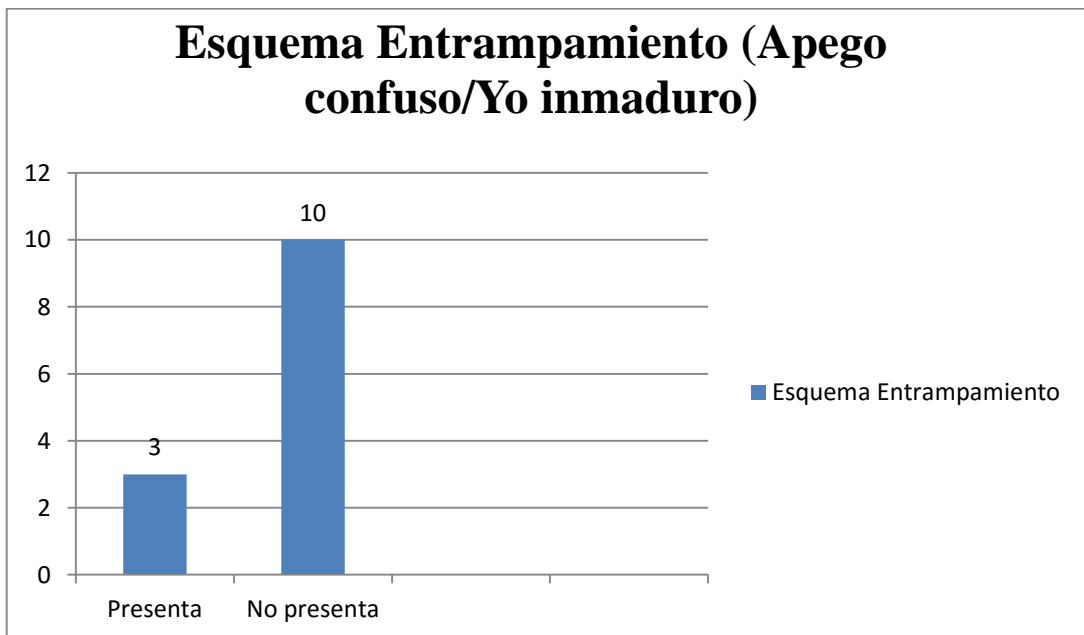
Cuadro N°13 Esquema Desadaptativo Entrampamiento (Apego confuso/Yo inmaduro)

INDICADOR	FRECUENCIA	%
PERSONAS QUE PRESENTAN ESQUEMA ENTRAMPAMIENTO	3	23,08%
PERSONAS QUE NO PRESENTAN ESQUEMA ENTRAMPAMIENTO	10	76,92%

Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Gráfico N°13 Esquema Desadaptativo Entrampamiento (Apego confuso/Yo inmaduro)



Fuente: Cuestionario para identificar Esquemas Desadaptativos YSQ-L2, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Análisis

De los adolescentes evaluados con el cuestionario YSQ-L2, se observa que tres presentan el esquema de entrapamiento que representa el 23,08% de la población, mientras que diez personas no presentan dicho esquema dando un valor porcentual de 76,92%.

Interpretación

Según lo manifestó Klosko (2009), cuando los pacientes con este esquema inician el tratamiento suelen estar tan fusionados con la otra persona significativa que ni ellos, ni el terapeuta son capaces de decir con claridad dónde comienza la identidad del paciente y dónde acaba la del “otro apegado”. Esta otra persona suele ser un padre/madre o figura parental como la pareja, un hermano, el jefe, o el mejor amigo. Las personas con este esquema sienten implicación emocional, y proximidad extremas, con la figura parental, a expensas de su individuación plena y de un desarrollo social normal. Muchos de estos pacientes creen que ni ellos ni la figura parental podrían sobrevivir emocionalmente sin el constante apoyo del otro, sienten que ambos se necesitan desesperadamente. Experimentan un intenso vínculo con esa figura parental, casi como si entre ambos configuraran una única persona.

4.3 ANÁLISIS COMPARATIVO DEL TEST AUDIT, EN LOS ADOLESCENTES DE LA “UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO PENIPE”

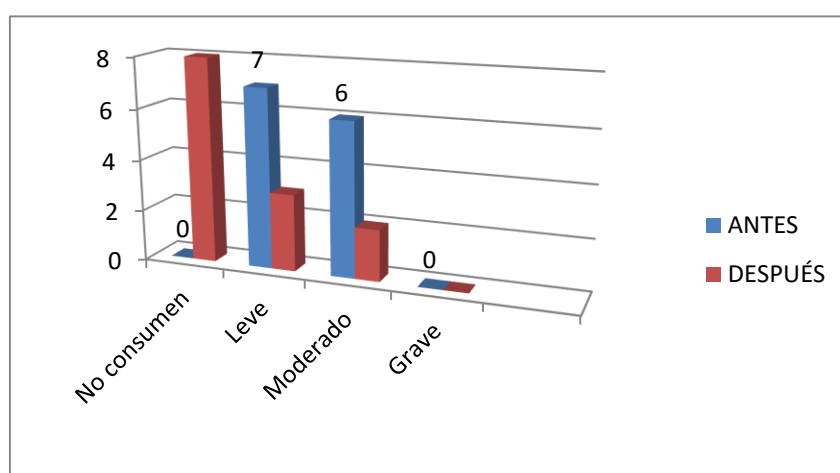
Cuadro N° 14 Test de Audit antes y después de la aplicación de la Terapia de Esquemas.

TEST AUDIT ANTES			TEST AUDIT DESPUÉS		
INDICADOR	FRECUENCIA	%	INDICADOR	FRECUENCIA	%
NO PRESENTAN CONSUMO	0	0%	NO PRESENTAN CONSUMO	8	61,54%
LEVE	7	53,85%	LEVE	3	23,08%
MODERADO	6	46,15%	MODERADO	2	15,38%
GRAVE	0	0%	GRAVE	0	0%
TOTAL	13	100%	TOTAL	13	100%

Fuente: Test de consumo de alcohol “AUDIT”, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

GRÁFICO N° 14 Comparativo



Fuente: Test de consumo de alcohol “AUDIT”, aplicado a los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

Elaborado por: Jhanya Suárez, Fernando Valdiviezo.

Durante el proceso de investigación se pudo evidenciar que en el Test Audit para la evaluación del consumo de alcohol, los adolescentes presentaron un consumo leve equivalente al 53,85%, y consumo moderado equivalente al 46,15%, Luego de la aplicación de la terapia de esquemas con técnicas cognitivas, conductuales y gestales, se aplicó el Test de Audit en el cual se obtuvo que el 61,54% de la población trece adolescentes ya no presentan consumo de alcohol, el 23,08% presentan consumo de alcohol leve y el 15,38% presentan consumo de alcohol moderado, así tenemos que al finalizar el proceso terapéutico solamente el 38,46%, de la población presenta consumo.

Interpretación

Es evidente la diferencia existente entre el Test de Audit antes y después de la aplicación de la Terapia de Esquemas, tales resultados demuestran la influencia de la terapia en los adolescentes, de manera positiva.

Para conseguir estos resultados, se aplicaron técnicas como la imaginación, asignación de tareas, role playing, carta a los padres, y silla vacía, durante un lapso de tiempo de seis meses consiguiendo que los pacientes afronten la activación de los esquemas con un estilo de conducta adaptativo, disminuyendo el consumo de alcohol en ciertos adolescentes mientras que otros dejaron de consumir, así mejoraron la calidad de vida, en cuanto a la dinámica familiar, el rendimiento académico, y su entorno social. La modalidad fue de tipo individual y grupal, de acuerdo al modelo terapéutico utilizado, con el objetivo de lograr mejores resultados en los adolescentes.

4.4.1 COMPROBACIÓN DE LA HIPOTESIS

Después de haber analizado los resultados obtenidos, mediante la aplicación del Test de Audit, el Cuestionario de Esquemas YSQ-L2 y la Terapia de Esquemas, se evidenció que los adolescentes que consumían alcohol en grado leve y moderado dejaron de hacerlo, o disminuyeron el grado de consumición. El nivel de consumo leve y moderado disminuyó un 30,77%; y las personas que no presentan consumo de alcohol equivalen al 61,54% de la población.

Los esquemas desadaptativos significativos en la población evaluada son: Abandono, Privación Emocional, Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina, presentan el 100% de adolescentes que consumen alcohol, los mismos que presentan como modo de afrontamiento o respuesta el consumo de alcohol, tras varias sesiones lograron entender el origen, como se activa y cuáles son los modos de afrontamiento de dichos esquemas, y con la aplicación de técnicas cognitivas, conductuales y experienciales se reestructuro este patrón de conducta, así por ejemplo deja de sentirse mal, dentro del hogar, y no existe la necesidad de salir a consumir alcohol.

De esta manera se comprueba la hipótesis planteada que la Terapia de Esquemas influye en la disminución del consumo de alcohol.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1.CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos se mencionan las siguientes conclusiones:

1. Una vez aplicado el test de Audit, y la entrevista clínica se puede concluir que; de la población de 50 adolescentes que representan un 100%, se detectó a siete adolescentes que presentan consumo de alcohol leve que representa el 53,85% y seis consumo de alcohol moderado que representa el 46,15%, de esta población podemos diferenciar entre géneros: 8 adolescentes hombres que equivalen a 16%, y, 5 mujeres que consumen alcohol que corresponde a 10%, representando así el 26%, del total.
2. Una vez aplicado el YSQ-L2 (Cuestionario de Esquemas de Young), se identificó que los esquemas desadaptativos de: Abandono, Privación Emocional, Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina, presentan el 100% de adolescentes que consumen alcohol. El esquema Desconfianza/abuso, está presente en 5 adolescentes que equivale a 13,85%; Vulnerabilidad al Daño (al peligro o enfermedad), 2 adolescentes que equivale al 15,38%; Auto-sacrificio, 7 adolescentes que equivale al 53,85%; Estándares Inflexibles 1 (Negatividad/pesimismo) 3 adolescentes que equivale al 23,08%; Estándares Inflexibles 2 (Metas Inalcanzables) presentan 2 adolescentes que equivale al 15,38%; Inhibición Emocional 7 adolescentes que equivale al 53,85%; Derecho y Grandiosidad/Autorización 2 adolescentes que equivale al 15,38%; Entrampamiento (Apego confuso/Yo inmaduro), 3 adolescentes que equivale al 23,08%.
3. Una vez aplicada la terapia de forma individual con técnicas cognitivas, conductuales y experienciales, aportó mejores resultados debido a que de forma grupal se activaban los mecanismos de defensa al momento de explorar sus experiencias vitales tempranas.

4. La Terapia de Esquemas es de fácil aplicación para los adolescentes, a través de técnicas cognitivas, conductuales, experienciales, influyó en la modificación de los esquemas desadaptativos adquiridos en la niñez y mantenidos hasta la adolescencia y por ende disminuyó el consumo de alcohol en los adolescentes.

4.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades que se realice periódicamente un informe sobre el consumo de alcohol en los estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa del Milenio Penipe y su impacto en la salud mental con la finalidad de que sirva como material de planificación y sea un instrumento de sensibilización social.
2. Incrementar el nivel de información de los estudiantes en relación con los efectos nocivos del consumo de alcohol, mediante la intervención de los docentes con charlas; talleres, ya que son parte del desarrollo intelectual y social de los adolescentes, con la finalidad de que presten atención a los síntomas, características, o alteraciones que los alumnos muestren.
3. Recomendamos a los psicólogos clínicos de la institución, basarse en el modelo terapéutico aplicado, para tratar otros trastornos que presenten los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Penipe.
4. Se recomienda a los futuros profesionales en psicología clínica, optar por la Terapia de Esquemas, como un enfoque terapéutico ya que se ha demostrado su eficacia en la disminución del consumo de alcohol, así como también para la resolución de los problemas.

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ta ed.). Washington, DC.

BANDURA A. (2001). *Social cognitive theory: an agentic perspective*. *Annu Rev Psychol.* Pág;52:1-26.

BRASCHI, M; et.al. (2012). *Lineamientos para la atención del Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes*. Argentina.

BRODY, CLEVELAND, GERRARD, GIBBONS Y PORMERY(2005); *Consumo de alcohol en adolescentes*.

CASTRILLÓN D, CHAVES L, FERRER A, LONDOÑO N, MAESTRE K, MARÍN, C et al. (2003) *Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana*. *Rev Latinoam Psicol.* Pág.541-60.

FISHER, C, (1989). *Postcards from the Edge*. Nueva York: Edition. Simon & Schuster

HEDERICH C, CAMARGO A. 2001. *Estilos cognitivos en el contexto escolar*. Bogotá: Arfo Editores.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2004. Informe mundial sobre drogas [internet]. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/WDR_2004/wdr2004_vol2_spanish.pdf.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. 2005 Las Naciones Unidas contra las drogas y el delito [internet];. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/drogas/>

PÉREZ A, SCOPPETTA O. 2008 *Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia 2008 un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en 7 capitales de departamento y dos municipios pequeños*. Bogotá: Dupligráficas; 2009.

- SINGER, I.B. (1978). *Shosha*, Nueva York, Farrar, Straus & Giroux.
- SUINN, R. M. (2000). *Type a behavior pattern*. Cambridge, MA: Ballinger.
- MORENO. 1980 *Transactional Analysis Journal*, Vol. 10, Nº 3.
- VALLEJO, M. A. (2007). *El Mindfulness y la "tercera generación de terapias psicológicas"*. *Infocob*. Pág. 33, 16-18
- YOUNG, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema - focused approach*. Sarasota, FL.: Professional Resource Exchange, Inc.
- YOUNG, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. (3 ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- YOUNG, J. E. & First, M. (1996). *Schema mode listing*. Nueva York: Cognitive Therapy Center.
- ZEIGLER DW, WANG CC, YOAST RA, DICKINSON BD, MCCAFREE MA, ROBINOWITZ CB, et al. 2005. *The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students*. *Preventive Medicine*. Pág. 40:23-32,
- YOUNG J. 1990. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota (Fl): Professional Resources Exchange.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Seguimiento Psicoterapéutico

Ficha de Seguimiento Psicoterapéutico de los estudiantes de 2do Bachillerato de la Unidad Educativa del Milenio “Penipe”

FECHA	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESULTADO	OBSERVACIÓN
08-01-2015 09-01-2015	Presentación	Conocer a los estudiantes	Actividad grupal recreativa de inicio “dinámica de la franela”	Se realizó una adecuada integración.	
15-01-2015 16-01-2015	Evaluación de estudiantes que consumen alcohol	Identificar a los estudiantes que consumen alcohol	Aplicación del Test de Audit (Mide quienes consumen alcohol y que nivel está dicho consumo)	Los estudiantes mostraron colaboración.	
22-01-2015 23-01-2015	Evaluación: Rapport- Empatía	Crear un ambiente propicio para el establecimiento de una relación paciente-terapeuta.	Diálogo y entrevista al paciente	Se evidenció una barrera durante la entrevista en varios adolescentes.	

<p>29-01-2015 30-01-2015</p>	<p>Evaluación: CEY (Cuestionario de Esquemas de Young)</p>	<p>Identificar los esquemas desadaptativos y posteriormente analizar los resultados con los adolescentes.</p>	<p>Aplicación CEY y entrevista al paciente</p>	<p>Los adolescentes mostraron colaboración</p>	
<p>05-02-2015 06-02-2015</p>	<p>Evaluación y Educación: Reconocimiento de esquemas desadaptativos</p>	<p>Entender los orígenes de los esquemas desadaptativos en la infancia o adolescencia mediante la imaginación.</p>	<p>Se pide a los estudiantes que visualicen una imagen molesta de su infancia. Esto concede a los pacientes la oportunidad de comunicar cualquier cosa que sientan y haya sido difícil en su infancia y que personas significativas participen en esta imagen</p>	<p>Los adolescentes comprendieron el origen de sus esquemas desadaptativos.</p>	

12-02-2015 13-02-2015	Educación: Vinculación de esquemas	Vincular los esquemas con los problemas actuales	Tras examinar una imagen significativa de la infancia y una vez activado el efecto negativo relacionado con un esquema precoz desadaptativo se pide al paciente que cambie a una imagen de una situación actual que experimente de manera similar	Establecieron la relación mostrando entendimiento	
19-04-2015 20-04-2015	Cambio: Estrategias cognitivas	Comprobar la validez de un esquema	Se realiza un listado de pruebas favorables al esquema desde el pasado hasta el presente y a continuación un listado que refutan el esquema	Se logró que hicieran conscientes sus modos de afrontamiento.	En esta actividad a los adolescentes les costó mucho trabajo elaborar el listado que refutan el esquema

26-02-2015 27-02-2015	Cambio: Estrategias cognitivas: Evaluar las ventajas y desventajas de las respuestas de afrontamiento	Reconocer la naturaleza contraproducent e de los estilos de afrontamiento y comprender que si sustituyeran estos estilos por conductas más sanas podrían aumentar las oportunidades de felicidad en sus vidas	Se estudian individualmente cada esquema y respuesta de afrontamiento y enumeran las ventajas y desventajas de cada una.	Se logró que los adolescentes reconocieran que una de las desventajas de los estilos de afrontamiento que es el consumo de alcohol.	
05-03-2015 06-03-2015	Cambio: Estrategias cognitivas: proponer el dialogo entre la	El objetivo es debilitar el esquema y	Se realiza un diálogo entre: el terapeuta adoptando la parte sana y el paciente la parte del	Se logró que los adolescentes adopten el rol del adulto sano	Al comienzo era necesario facilitar al

	parte del esquema y la parte sana	fortalecer la parte sana	esquema. Se inicia diciendo “pensemos en un debate entre la parte del esquema y la parte sana yo interprete la parte del adulto sano y usted la parte del esquema, esfuércese todo lo que pueda para demostrar que el esquema es auténtico y yo me esforzaré todo lo que sea posible por demostrar que es falso”		paciente apuntes para dar respuestas sanas
12-03-2015 13-03-2015	Cambio: Estrategias cognitivas: Elaborar Tarjetas Recordatorio	Ofrecer a los pacientes ensayos continuos de respuestas racionales	Conjuntamente con el paciente se elaboran tarjetas recordatorio relacionadas con el esquema en las cuales se sintetizan las respuestas saludables para	Los adolescentes llevan consigo las tarjetas y las leen cuando se activan los esquemas relevantes	

<p>19-03-2015 20-03-2015</p>	<p>Cambio: Uso de Técnicas Experienciales: Diálogos en Imaginación.</p>	<p>Empoderar al paciente para que luche contra el esquema y se distancie de él.</p>	<p>estímulos activadores específicos del esquema</p> <p>Se pide a los pacientes que cierren los ojos y que se visualicen con un padre/madre en una situación incómoda en este momento nos centramos en ayudar al paciente a expresar un afecto intenso hacia el padre/madre, particularmente la ira.</p>	<p>Les ayudamos a identificar las necesidades que no fueron satisfechas por su padre/madre y, también, les asistimos en el proceso que les llevara a sentir ira hacia el padre/madre de la imagen por no haber satisfecho sus necesidades.</p>	
<p>26-03-2015 27-03-2015</p>	<p>Cambio: Uso de técnicas Experienciales:</p>	<p>El objetivo es que el adulto sano del</p>	<p>Se pide al paciente que cierre los ojos y visualice una imagen de un modo de niño pequeño, bien</p>	<p>Este ejercicio ayudó a los adolescentes a elaborar una parte de sí mismos</p>	<p>En la sesión del día 12 se logró que los demás adolescentes</p>

	Imaginación para Reparentalizar	paciente satisfaga las necesidades emocionales del niño vulnerable de la imaginación	sea en la actualidad o bien sea en una situación pasada. Se mantiene un dialogo con el niño vulnerable del paciente, pidiéndole a este que transmita los mensajes. Seguidamente en la imagen se reparentaliza al niño vulnerable, y finalmente se pide al paciente que accedan a la parte protectora de sí mismos.	que pueda satisfacer sus necesidades emocionales insatisfechas y, por lo tanto combatir los esquemas.	imaginen las experiencias.
02-04-2015 03-04-2015	Cambio: Uso de técnicas Experienciales: Carta a los Padres	Sintetizar lo que el paciente ha aprendido sobre los padres como resultado del trabajo cognitivo y experiencial. Los pacientes	Se les pide a los pacientes que escriban una carta a los padres o a las personas significativas que les han perjudicado o herido durante la infancia, y que las lean en voz alta	Se evidenció una descarga emocional en todos los adolescentes	

		pueden usar las cartas como oportunidad para afirmar sus sentimientos y reivindicar sus derechos			
09-04-2015 10-04-2015	Cambio: Uso de técnicas Experienciales: Imaginación para Ruptura de patrones	Ayudar a los pacientes a afrontar a sus esquemas y a combatirlos directamente	Se pide a los pacientes que imaginen que se comportan de formas más sanas, en lugar de retraerse en sus estilos de afrontamiento típicos	Los adolescentes con estilos de afrontamiento de evitación y sobrecompensación se les dificultaron el descubrir nuevas formas de relacionarse.	
16-04-2015 17-04-2015	Ruptura de patrones de conducta	Definir conductas específicas	Para establecer la conductas a modificarlas se requiere la información obtenida de las sesiones anteriores como son de la: conceptualización del caso,	Los adolescentes que están a punto de dejar de consumir alcohol relacionaron su deseo de beber con sus esquemas	

			la imaginación de las situaciones problemáticas etc.	(abandono, privación emocional, imperfección etc.) los cuales empezaron a generarse en la infancia.	
23-04-2015 24-04-2015	Ruptura de patrones de conducta: Asignación de tareas	Modificar los patrones de conducta	La modificación requiere permanecer en una situación y aprender a responder de manera más apropiada. Se comienza por la conducta más problemática es decir por la que causa más angustia e interfiere con el funcionamiento interpersonal, dicha conducta se relaciona con sus orígenes en la infancia.	Se consiguió que los adolescentes mantengan conductas aceptables cuando se activa los esquemas maladaptativos	
07-05-2015 08-05-2015	Ruptura de patrones de conductas: Role play	Modificar los patrones de conducta	En los role playing interpretamos el modelo de adulto sano en primer lugar y el paciente interpreto a la persona en la situación problema.	Se consiguió que los adolescentes mantengan conductas aceptables cuando se activa los esquemas maladaptativos	

14-05-2015 15-05-2015	Ruptura de patrones de conducta	Revisar las ventajas y desventajas de mantener la conducta y ensayar la conducta sana en imaginación y role playing.	Conjuntamente con el paciente se revisa las ventajas e inconvenientes derivados del mantenimiento de la conducta mal-adaptativa.	Los adolescentes visualizaron como gestiona la situación, atravesando satisfactoriamente los bloqueos potenciales.	
21-05-2015 22-05-2015	Ritual de despedida	Observar los cambios que han tenido cada uno de los adolescentes	Cada miembro del grupo escogió una manera de despedirse de los compañeros y de los terapeutas, que se expuso en el grupo detallando los aprendizajes de vida, y todo aquello que sintió durante el proceso	Los adolescentes expresaron lo que les han enseñado estas sesiones terapéuticas, como a identificar sus esquemas cuando se activan y como combatirlos.	

Anexo 2: TEST DE AUDIT

Test AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

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

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? de consumo normal?

- 0. Una o 2
- 1. Tres o 4
- 2. Cinco o 6
- 3. De 7 a 9
- 4. Diez o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

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

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

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

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

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

4. A diario o casi a diario

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

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

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

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

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

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

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- 0. No
- 2. Sí, pero no en el curso del último año
- 4. Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- 0. No
- 2. Sí, pero no en el curso del último año
- 4. Sí, el último año

Anexo 3: CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ-L2)

Cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L

INSTRUCCIONES Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

1 Completamente falso de mí	2 La mayor parte falso de mí	3 Ligeramente más verdadero que falso	4 Moderadamente verdadero de mí	5 La mayor parte verdadero de mí	6 Me describe perfectamente
-----------------------------------	---	---	---------------------------------------	--	-----------------------------------

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	1	2	3	4	5	6
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6

