

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

“Formamos seres humanos para una cultura de paz”

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Esquemas Maladaptativos Tempranos en Pacientes Dependientes de
Sustancias Psicoactivas Internados en un Centro de Rehabilitación de Lima**

Tesis por optar el título profesional de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presentado por el Bachiller:

HAROLD HANS AGUIRRE CAMPOS

Lima-Perú

2017

DEDICATORIA

Todo el esfuerzo y dedicación que se sumó a este trabajo de investigación desde inicio a fin, se lo dedico a una mujer muy especial en mi vida, que me vio nacer y crecer, que lo mejor que pudo enseñarme es superarme a todo nivel. También a una mujer que me ayudó a ver la vida de otra manera, que me apoyo en las buenas y malas, que es mi compañera de vida. A mi hijo que me cambió la vida y me ayudo a ser mejor persona, que sacó lo mejor de mí. Y a mi próximo hijo que lo quiero y amo desde ya.

In memoriam:
Lic. Dante Gazzolo Durand

Quiero expresar mi reconocimiento a los participantes que me permitieron obtener la información para la presente investigación.

Asimismo, a mi asesor de tesis el Dr. William Torres por la orientación proporcionada y a todos los docentes de la Facultad de Psicología

Resumen

Objetivos. Identificar las diferencias en esquemas maladaptativos tempranos, según el tipo de dependencia a sustancias psicoactivas de los residentes de un centro de rehabilitación de Lima. **Materiales y métodos.** Estudio transaccional y descriptivo. De una población de 70 pacientes varones con edades de 18 entre 50 años de edad, diagnosticados como pacientes dependientes a sustancias psicoactivas, los residentes pertenecen a una comunidad terapéutica de Lima (Chaclacayo). La muestra estuvo conformada por 59 residentes internados en el año 2016 y 2017. Se aplicó el Cuestionario de Esquemas de Young-Versión reducida (YSQ-SF). Ésta analiza los 18 esquemas maladaptativos tempranos, previo consentimiento informado. **Resultados.** Los grupos de OH, THC y PBC representan el 64.4% de residentes que presentan el esquema de Enmarañamiento, el esquema Estándares Inalcanzables, se observa el 91.52% de los residentes lo presentan, siendo los grupos de OH y THC, En el esquema de Estándares Inalcanzables, se observa que todos los residentes con comorbilidad presentan el esquema, además de ser un mayor porcentaje que los que no tienen comorbilidad (59.32%>32.20%). **Conclusiones.** Se evidencia que todos los residentes tienen los dieciocho esquemas, excepto por los residentes que consumieron cocaína, que tienen 17 esquemas (nadie tiene el esquema de Defectuosidad/Vergüenza), además, los residentes con comorbilidad con algún trastorno mental, presentan mayor número de individuos con esquemas.

Palabras clave: Esquemas maladaptativos tempranos; Dependencia a sustancia psicoactivas; Comunidad terapéutica.

Abstract

Objective. Identify the differences in early maladaptive schemes, depending on the type of psychoactive substance dependency of residents of a lime rehabilitation center. **Materials and methods.** Transactional and descriptive study. From a population of 70 male patients aged 18 years and 50 years, diagnosed as dependent on psychoactive substances, the residents belong to a therapeutic community in Lima (Chaclacayo). The sample consisted of 59 residents hospitalized in 2016 and 2017. The Young Scheme Questionnaire-Reduced Version (YSQ-SF) was applied. It analyzes the 18 early maladaptive schemes, with prior informed consent. **Results.** The OH, THC and PBC groups represent 64.4% of the residents who present the Tangible scheme, the Unreachable Standards scheme, 91.52% of residents are observed to present the OH and THC groups, In The Unreachable Standards scheme, it is observed that all residents with comorbidity present the scheme, in addition to a higher percentage than those who do not have comorbidity (59.32%> 32.20%). **Conclusions.** It is evidenced that all residents have eighteen schemes, which have 17 schemes (none have the Scheme of Defects / Shame), in addition, residents with comorbidity and some mental disorder, have a greater number of individuals with schemes.

Key words: Early maladaptive schemes; Dependence to psychoactive substances; Therapeutic community.

PRÓLOGO

El inicio del siglo vigesimoprimeros de la era común, trajo consigo cambios relevantes en el mundo. El ser humano el cual pertenece a este, generó modificaciones también en muchos aspectos; en sus gustos, intereses, en su estilo de vida e incluso en su forma de pensar e interpretar su entorno. Estos cambios traen consecuencias agradables y perjudiciales, las cuales pueden ser mejoras en muchas áreas comportamentales, procedimentales e incluso cognitivas en el individuo; pero también se generan dolor, malestar, desdicha e incluso suicidio y hasta la muerte.

Muchas personas a lo largo de la vida tratan de evitar el dolor o malestar, la tristeza y la agonía, síntomas muy desagradables que no solo son físicos sino también emocionales, y por ende en la búsqueda de mitigar esas sensaciones utilizan un sinnúmero de sustancias psicoactivas, pero también existen personas que en busca de generar experiencias agradables y placenteras, hacen uso de estas sustancias, que a mediano o largo plazo pasan esa ligera barrera del consumo ocasional o esporádico, al consumo habitual y en el peor de los casos a la dependencia de éstas. En este último siglo, el consumo de sustancias se ha vuelto algo recurrente e intenso, llevando al ser humano y a su entorno a padecer y sufrir terriblemente.

A pesar de lo mencionado, los tratamientos terapéuticos han ido evolucionando durante el presente siglo, afinando y agudizando los procedimientos de abordaje en personas con un malestar clínicamente significativo, todo esto parte desde la concepción del comportamiento humano y entendimiento de los factores involucrados en la problemática del consumo de sustancia y de otros problemas patológicos asociados a éste. Por esta razón, la psicoterapia en su afán de no usar un solo modelo ni mucho menos creer que alguno es mejor que otro, logra integrar teorías psicológicas, que intentan conceptualizar los problemas clínicos desde una perspectiva holística y flexible, englobando a éstos desde la teoría de Esquemas Maladaptativos Tempranos de Young.

La conceptualización de los Esquemas Maladaptativos Tempranos da a conocer un panorama más amplio de la persona, explorando sus experiencias tempranas y eventos desajustados que originaron el problema, pero también se centra en el aquí y ahora, para poder modificar esa experiencia y cerrar el evento que generó malestar, es decir, desde un marco netamente conceptual, la Terapia de Esquemas, emplea recursos de la Terapia Cognitiva Comportamental, Gestalt y Psicoanalítica, logrando integrar estos modelos con el fin de abordar trastornos clínicos severos difíciles de tratar.

Por esta razón, se consideró apropiado tomar una muestra clínica de personas que actualmente padecen de dependencia a sustancias psicoactivas con múltiples comorbilidades, en las cuales se podrán explorar con detalle sus esquemas maladaptativos tempranos y lograr un mejor entendimiento de la etiología de su problemática. Asimismo, se pretende lograr el interés del lector por la investigación en el área de la psicoterapia, para poder mejorar los tratamientos y abordajes en la práctica clínica.

INDICE

Lista de Tablas	10
Capítulo I	13
Planteamiento del Estudio.....	13
1. Formulación del problema	13
2. Objetivos.....	14
2.1. Objetivo general	14
2.2. Objetivo específico	14
3. Importancia y justificación del estudio	14
4. Limitaciones del estudio.....	15
Capítulo II.....	17
Marco Teórico	17
1. Investigaciones relacionadas con el tema	17
1.1. Investigaciones a nivel nacional.....	17
1.2. Investigaciones a nivel Internacional.....	18
2. Bases teórico científicas del estudio.....	20
2.1. Dependencia a sustancias psicoactivas	20
2.2. Esquemas	30
2.3. Esquemas Maladaptativos Tempranos.....	31
2.4. Comunidad Terapéutica	51
3. Definición de términos básicos	52
3.1. Esquemas maladaptativos tempranos	52
3.2. Dependencia a sustancias psicoactivas	53
3.3. Comunidad Terapéutica	53
Capítulo III.....	55
Hipótesis y variables	55
1. Supuestos científicos básicos.....	55
2. Hipótesis.....	56
a. Hipótesis general.....	56
b. Hipótesis específica	56
3. Variables de estudio	56
Capítulo IV.....	57

Método	57
1. Diseño de investigación	57
2. Población de estudio	57
3. Muestra de investigación	58
4. Técnicas de instrumentos de recolección de datos.....	58
Capítulo V.....	61
Resultados y análisis de resultados	61
1. Resultados	61
2. Discusión	100
Capítulo VI.....	104
Conclusiones y recomendaciones.....	104
1. Conclusión.....	104
2. Recomendación.....	106
Referencias	107
ANEXO I.....	116
CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ – SF).....	116
ANEXO II.....	121
CONSENTIMIENTO INFORMADO	121

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Comparación de la Deprivación Emocional, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	84
Tabla 2. <i>Comparación del Abandono, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	85
Tabla 3. <i>Comparación de la Desconfianza/Abuso, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	85
Tabla 4. <i>Comparación de la Defectuosidad/Vergüenza, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	86
Tabla 5. <i>Comparación del Aislamiento Social, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	86
Tabla 6. <i>Comparación de la Dependencia/Incompetencia, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	87
Tabla 7. <i>Comparación de la Vulnerabilidad, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	87
Tabla 8. <i>Comparación del Enmarañamiento, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	88
Tabla 9. <i>Comparación del Fracaso, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	88
Tabla 10. <i>Comparación del Sometimiento, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	89
Tabla 11. <i>Comparación del Autosacrificio, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de ANOVA.</i>	89
Tabla 12. <i>Comparación de la Búsqueda de Aprobación, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	89
Tabla 13. <i>Comparación del Pesimismo, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskall-Wallis.</i>	90
Tabla 14. <i>Comparación de la Inhibición Emocional, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de ANOVA.</i>	90

Tabla 15. <i>Comparación de los Estándares Inalcanzables, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.</i>	91
Tabla 16. <i>Comparación del Autocastigo, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de ANOVA.</i>	91
Tabla 17. <i>Comparación de la Sobrevaloración, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.</i>	92
Tabla 18. <i>Comparación del Autocontrol Insuficiente, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de ANOVA.</i>	92
Tabla 19. <i>Comparación del consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes, según el Autocontrol Insuficiente, utilizando la prueba de post hoc HSD de Tukey</i>	92
Tabla 20. <i>Comparación de la Deprivación Emocional, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	93
Tabla 21. <i>Comparación del Abandono, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	93
Tabla 22. <i>Comparación del Desconfianza/abuso, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	94
Tabla 23. <i>Comparación del Defectuosidad/Vergüenza, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	94
Tabla 24. <i>Comparación del Aislamiento Social, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	94
Tabla 25. <i>Comparación de la Dependencia/Incompetencia, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	95
Tabla 26. <i>Comparación de la Vulnerabilidad al daño, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	95
Tabla 27. <i>Comparación del Enmarañamiento, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	95
Tabla 28. <i>Comparación del Fracaso, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	96
Tabla 29. <i>Comparación del Sometimiento, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	96
Tabla 30. <i>Comparación del Auto-sacrificio, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba t</i>	97

Tabla 31. <i>Comparación de la Búsqueda de Aprobación, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	97
Tabla 32. <i>Comparación del Pesimismo, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	97
Tabla 33. <i>Comparación de la Inhibición Emocional, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba t</i>	98
Tabla 34. <i>Comparación de los Estándares Inalcanzables, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	98
Tabla 35. <i>Comparación de Autocastigo, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba t</i>	99
Tabla 36. <i>Comparación de la Sobrevaloración, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney</i>	99
Tabla 37. <i>Comparación del Autocontrol Insuficiente, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba t</i>	99

Capítulo I

Planteamiento del Estudio

1. Formulación del problema

Hoy en día el consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública a nivel mundial, según el Informe Mundial sobre las drogas 2016 calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir un promedio de 250 millones de personas de entre 15 y 46 años, consumieron por lo menos una sustancia psicoactiva en el 2014. En estos últimos 4 años no parece haber aumentado el consumo en proporción a la población mundial, sin embargo el 29 millones de personas que consumen drogas presentan comorbilidad. Por otro lado, el impacto del consumo de drogas con respecto a sus consecuencias para la salud son devastadoras, asociadas a enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, Hepatitis B o C, entre otras. Asimismo, las muertes por sobredosis representan aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas.

Actualmente el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto peruano aun es un problema relevante y a la vez poco tratado con profesionalismo, muchas veces pensado por la sociedad como un tema moral, sin embargo, esta problemática es un tema de enfermedad. La etiología de las adicciones se debe a una serie de factores externos que en su interacción resulta la adicción propiamente dicha a una corta edad (en algunos casos), o en cualquier etapa del desarrollo humano, pero a su vez se hablan de factores internos que impulsan muchas veces al consumo experimental y posteriormente al abuso y dependencia a estas sustancias. En la

presente investigación se explorará uno de estos factores internos, muy arraigados y preestablecidos que muchos de estos pacientes manifiestan a lo largo de su vida, los cuales podrían intervenir en el inicio y mantenimiento de la enfermedad.

Por esta razón la problemática propuesta en la presente investigación es:

¿Cuáles son los esquemas maladaptativos tempranos asociados al tipo de dependencia y los trastornos mentales que presentan los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de un centro de rehabilitación de Lima?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Identificar las diferencias en esquemas maladaptativos tempranos, según el tipo de sustancias psicoactivas de dependencia de los residentes de un centro de rehabilitación de Lima.

2.2. Objetivo específico

- Identificar las diferencias en esquemas maladaptativos tempranos, según los trastornos mentales asociados de los residentes de un centro de rehabilitación de Lima.

3. Importancia y justificación del estudio

Actualmente se aprecia, en perspectiva comparada con los indicadores de consumo a nivel mundial y regional, que el consumo de drogas en el Perú se ha mantenido estable a un nivel bajo en los últimos años, sin embargo existen dificultades en el acceso al tratamiento de la adicciones y en el tratamiento propiamente dicho, pues en el Perú existen pocos centros (Comunidades terapéuticas) y entidades públicas

y/o privadas que brinden un tratamiento profesional contra la lucha de la dependencia a sustancias psicoactivas.

Se entiende que la dependencia a las sustancias psicoactivas es un problema muy complejo, tanto en su inicio como en su mantenimiento, interactúan factores externos como la familia, el nivel socioeconómico, la presión social, el abuso físico o sexual y la cultura a la que pertenece, así como también factores internos como el genético, la personalidad, el mundo afectivo y las cogniciones. En la investigación se profundizarán los factores internos, en especial el conjunto de elementos cognitivos y afectivos llamados esquemas maladaptativos tempranos, los cuales intervienen como factor de riesgo que dificultan el tratamiento psicoterapéutico y mantienen probablemente la conducta adictiva.

Los resultados de la presente investigación permitirán al profesional intervenir estos esquemas maladaptativos tempranos en el proceso de rehabilitación bajo un modelo de terapia innovador y de perspectiva integradora, el cual está basado en evidencias de mejora en pacientes con dicha problemática. Por otro lado, se logrará fomentar la investigación de los nuevos enfoques terapéuticos, en estudiantes y profesionales de la conducta humana, para poder generar nuevos conocimientos e implementar estas herramientas en la psicoterapia contemporánea.

4. Limitaciones del estudio

- Los resultados pueden ser generalizados solo a personas con características similares a la muestra estudiada.
- Los participantes pueden abandonar el tratamiento.
- La fidelidad y veracidad de los datos obtenidos por los participantes ya que los pacientes con dependencias a sustancias psicoactivas presentan características marcadas de manipulación.

- Otra limitación es que existen pacientes que carecen de escolaridad, lo cual demanda mayor tiempo en la aplicación de la prueba.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Investigaciones relacionadas con el tema

En este apartado se presentan investigaciones que guardan similitud con el estudio presentado en este documento. Se han encontrado publicaciones con todas las variables desarrolladas en esta investigación, tanto a nivel nacional como internacional, y en lo que se presenta a continuación.

1.1. Investigaciones a nivel nacional

En un estudio realizado por Malacas (2013), se observó que los esquemas más frecuentes en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Lima son Enmarañamiento/Yo dependiente, Autosacrificio, Estándares inflexibles e Inhibición emocional. Además la dimensión con mayor prevalencia es la Dimensión II (Perjuicio en autonomía y desempeño) y la Dimensión IV (Tendencia hacia el otro).

Así mismo, en el estudio de Hilario (2013) en el distrito de Villa El Salvador, Lima, con 362 estudiantes universitarios (225 hombres y 137 mujeres) halló que el cuestionario YSQ-SF es válido por los métodos de criterio de jueces y análisis por correlación (ítem-test), obteniendo un elevado nivel de validez de contenido. Por otro lado, demuestra confiabilidad en la medición pues mediante el método de

consistencia interna del Alpha de Cronbach el obtuvo una correlación de 0,963 para todo el instrumento.

Por otro lado, Gee y Sotomayor (2015), realizaron la validación de la prueba bajo el proceso de juicio de expertos, los cuales aprobaron la prueba que se utiliza en el campo clínico. Asimismo, aplicaron estadísticos para obtener la confiabilidad específicamente en una muestra clínica. Obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.868, por lo que se comprueba la consistencia interna y estabilidad de la prueba.

1.2. Investigaciones a nivel Internacional

Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque (2010), afirman que el consumo excesivo de alcohol es una de las problemáticas más frecuentes entre estudiantes universitarios, y la forma como se procesa la información (Factores cognitivos) es una de las variables fundamentales para comprender e intervenir este problema. A su vez, indicaron un mayor consumo de alcohol y de esquemas maladaptativos tempranos en mujeres. Por otro lado, identificaron una estrecha relación entre el consumo de alcohol y los esquemas de abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, derecho/grandiosidad, autosacrificio y entrampamiento.

Shorey, Stuart y Anderson (2012), señalaron que los factores que pueden contribuir a la etiología y al mantenimiento de la dependencia a sustancias serían los esquemas maladaptativos tempranos. Asimismo observaron que los 18 EMT's están presentes en los pacientes con dependencias a opiáceos, siendo el esquema de Autocontrol insuficiente el más frecuente en ellos, debido a su falta de capacidad de no percibir las consecuencias de sus comportamientos a largo plazo. Por otro lado, refieren que los esquemas maladaptativos tempranos son pieza clave en la evaluación y el tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas, debido a que los profesionales pueden emplear técnicas cognitivas conductuales y experienciales para la modificación de creencias distorsionadas y comportamientos

disfuncionales asociados a estos EMT's, a pesar de que son muy estables a lo largo de la vida (Joven, Klosko, Wishaar, 2003).

Otro estudio realizado por Shorey, Stuart y Anderson en el 2014, señala que el esquema de mayor predominancia en mujeres adultas jóvenes de 17 y 27 años es el Autocontrol Insuficiente, caracterizado por la incapacidad de la autodisciplina y del autocontrol sobre una serie de situaciones de la vida, que no solo implica el consumo de sustancias psicoactivas, sino también en el control de las emociones y la baja tolerancia a la frustración. Por otro lado, estas personas se caracterizan por presentar miedo a que otras los abandonen física o emocionalmente, mostrando una falta de confianza y estabilidad al momento de relacionarse con los demás, esto apunta a que también presentan el esquema de abandono. Así también el esquema de dependencia es reflejado en las creencias de incapacidad para manejar situaciones cotidianas sin ayuda de otras personas. Y por último el esquema de desconfianza/abuso caracterizado por el temor de que otras personas van a lastimarlos, humillarlos, abusar o aprovecharse de ellos (Joven et al., 2003).

Bakhshi y Nikmanesh (2013) observaron que existe una relación entre las cinco dimensiones de los esquemas y la predisposición de generar adicciones, lo cual indicaría que las personas con mayor potencial de adicción presentan esquemas maladaptativos tempranos. Además, encontraron que los esquemas pertenecientes a la dimensión de "Desconexión y Rechazo" son los predictores más fuertes de la adicción, lo cual indicaría que las personas adictas con esta dimensión muestran necesidades personales no satisfechas, tales como la seguridad, la estabilidad, y la aceptación; y es probable que estos esquemas han sido instaurados por ambientes hostiles o muy protectores, que impiden generar independencia y estabilidad en la persona. Por lo tanto, concluyeron que la mejora de estos esquemas maladaptativos tempranos posibilitaría la reducción del potencial de adicción en las personas, y sobre todo serviría como prevención de las adicciones a sustancias psicoactivas.

Por otro lado, se halló que los esquemas maladaptativos tempranos disminuyen después de un breve tratamiento residencial para el abuso de sustancias psicoactivas (Roper, Dickson, Tinwell, Booth, y McGuire, 2010), mostrando reducciones significativas de estos esquemas.

Asimismo, la investigación de Shorey, Stuart y Anderson (2013), señala que estos esquemas maladaptativos tempranos pueden ser susceptibles al cambio después de periodos relativamente breves de intervención (28 a 30 días) y abstinencia. Estos resultados son sorprendentes dado que la teoría de esquemas propone que estos están muy arraigados, tan igual a los rasgos de personalidad, y son muy resistentes al cambio (Ball, 2007). Además, los esquemas de Autocontrol Insuficiente, Estándares Implacables, y Autosacrificio, calificaron como esquemas predominantes en pacientes bajo tratamiento residencial (Shorey, Stuart y Anderson, 2013).

2. Bases teórico científicas del estudio

2.1. Dependencia a sustancias psicoactivas

La historia de las adicciones va de la mano con la historia del ser humano; el fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, fumar cannabis, utilizar el opio para mitigar el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia y que hasta el día de hoy sigue utilizando.

Hoy en día el consumo de drogas legales (Alcohol y tabaco) como de algunas ilegales (Cannabis, cocaína, drogas de síntesis, entre otras), se ha extendido en la sociedad de modo muy amplio en las últimas décadas. Ningún país ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan una serie de estudios, encuestas y la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando el problema se desborda o les produce consecuencias graves en su salud física y mental, con la familia, en su trabajo, etc. (Kendler et al., 2000).

Actualmente, la dependencia está definida por la RAE (2014) como la, “Necesidad compulsiva de alguna sustancia, como alcohol, tabaco o drogas, para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación”. A su vez la RAE hace la definición de “psicoactivo”, como dicha sustancia que actúa sobre el sistema nervioso, alterando las funciones psíquicas.

Asimismo, La National Institute of Drug Abuse (2014) conceptualiza a la adicción o también llamada dependencia a sustancias psicoactivas como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso desmedido de drogas, a pesar de las consecuencias negativas; considerándose una enfermedad del cerebro, lo que conlleva a la modificación de su estructura y funcionamiento.

A su vez, el DSM–IV-TR (2002) define la dependencia de sustancias psicoactivas como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los criterios siguientes, en un periodo continuo de 1 año, tales como:

1. Tolerancia (necesidad de cantidades marcadamente crecientes para conseguir el efecto deseado).
2. Síndrome de abstinencia, entendido como un conjunto de signos y síntomas que se manifiestan por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa, cuando es interrumpida la administración de la sustancia psicoactiva, lo mismo es aplicable a todas las conductas adictivas sin base química (Echeburúa, 1999, Becoña, 2008).
3. La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un periodo más prolongado.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Mientras que el CIE-10 (OMS, 1992), describe a la dependencia como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de sustancias psicoactivas, adquiere la máxima prioridad para la persona. Esta manifestación característica es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas. Por ende, el diagnóstico de dependencia a una droga, según el CIE-10, solo debe hacerse si durante algún momento de los últimos doce meses, o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.

c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originariamente producían dosis más bajas.

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias negativa a nivel de salud física, salud mental, deterioro cognitivo, entre otros.

Sin embargo el proceso básico por el cual una persona se hace adicta a una sustancia se inicia con pequeños consumos de la sustancia, que favorecen la compulsión de seguir consumiendo y la aparición del *craving* o necesidad imperiosa de consumo. Cuando este abuso se hace crónico, se produce en el cerebro una *neuroadaptación* que hace que la persona sufra los efectos de tolerancia y abstinencia, definiéndose de esta manera el fenómeno de la dependencia. Se define como *craving* aquella conducta marcada por la necesidad de consumo de sustancias y la falta de control sobre la misma, asentada sobre una base neuroquímica.

2.1.1. Circuito de recompensa

El circuito del placer o llamado también circuito de recompensa cumple un papel importante en el inicio, mantenimiento y las posibles recaídas en los pacientes con adicción. Los animales no son ajenos a este circuito neuronal, es por lo tanto un circuito primitivo. De manera natural, este circuito es básico para la supervivencia de la persona, ya que de él dependen actividades placenteras (como la alimentación, la reproducción, el sueño, entre otros.). La actividad de este circuito

facilita el aprendizaje y el mantenimiento de conductas. Por ende, el consumo de sustancias desconfigura y perturba dicho circuito del placer, consiguiendo que el sujeto aprenda y tienda a realizar conductas de consumo de la sustancia, a su vez logra mantener en su memoria estímulos situacionales que posteriormente pueden servir de desencadenantes del consumo. Así, el circuito de recompensa es una vía común de estímulos reforzantes tanto naturales como artificiales (Sustancias psicoactivas) (Verdejo y Bechara, 2009). Siendo el objetivo último del sistema de recompensa, perpetuar aquellas conductas que la persona le proporciona placer. El consumo de sustancias, ya sea directo o indirecto, supone un incremento del neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, por lo que el efecto placentero aparece maximizado. Esta sensación es la que hace que la persona vuelva a consumir (Tirapu, Landa y Lorea, 2004). Pero este incremento de la dopamina es producto de la concentración del neurotransmisor, en una zona específica del cerebro, llamada Núcleo accumbens, que es considerada el centro del placer más importante.

El cerebro cuenta también con áreas y circuitos vinculados con la capacidad de evaluar los riesgos de una situación e inhibir conductas potencialmente perjudiciales. Los estudios con imágenes cerebrales muestran que las personas con dependencia de sustancias psicoactivas presentan una disfunción en aquellas regiones del cerebro que son críticas para la toma de decisiones, la memoria, el aprendizaje y el control de la conducta (Volkow, Folwer y Wang, 2003; Goldstein y Volkow, 2011). Es por tal motivo que el consumo agudo de sustancias supone un incremento de la liberación de dopamina y por tanto de su actividad, que conlleva una intensificación de la sensación de placer. No obstante, el consumo crónico ya no parece producir mayor liberación de dopamina, sino alteraciones a nivel de los receptores del neurotransmisor, lo cual es manifestado en la tolerancia, en la necesidad de un mayor consumo para lograr un mismo efecto.

2.1.2. Factores de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas

No obstante, esta enfermedad presenta una serie de factores o atributos tanto individuales, como situacionales que incrementan la probabilidad de generar la ya mencionada dependencia a sustancias psicoactivas, a estas características individuales y ambientales se les atribuye el nombre de factores de riesgo. Los factores de riesgo pueden presentarse o no en un caso concreto, es obvio que si un factor está presente, es más probable que la persona use o abuse de las sustancias que cuando no lo está. Así también, la presencia de un solo factor de riesgo no determina que se vaya a producir el abuso de sustancias, ni su ausencia implicaría que no se dé. Por el contrario, en el caso de algunos factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las probabilidades de que estos factores lleven al consumo de sustancias psicoactivas.

2.1.2.1. Factores externos

a. La Familia

La familia es uno de los temas más estudiados en las adicciones, ya que es el ámbito en el que las personas crecen y van desarrollando su personalidad, a través de las experiencias tempranas en el ser de este primer agente socializador. Uno de los factores a tener en cuenta es la relación de apego con los padres, que influye de forma destacada en la conformación de la personalidad y en la adquisición de los recursos necesario para el afrontamiento de las dificultades que irán apareciendo a lo largo de la vida. Asimismo, el tipo de crianza, dentro de la que se debe diferenciar dos dimensiones: control y calidez paterna. (Shaffer, 2000). Juntas configuran los cuatro posibles estilos de crianza: Autoritario (elevado control y baja calidez), permisivo (bajo control y elevada calidez), democrático (alto control y alta calidez), e indiferente (bajo control y baja calidez). Por lo tanto, el predominio de un estilo de crianza, y la percepción que la persona tenga del mismo, aumentarán o disminuirán las probabilidades de uso, abuso y dependencia de la sustancia, así como su mantenimiento posterior (Latendresse, Rose, Viken, Pulkkinen, Kaprio y Dick, 2008). El clima familiar es otro factor importante, especialmente en lo que a

emocionalidad negativa se refiere, las dificultades de control emocional de las madres, que suelen ser las que pasan más tiempo con sus hijos, se relacionan de forma directa con un mayor consumo de sustancias por parte de estos (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 2001). En cuanto a la estructura familiar, la ausencia de uno de los progenitores, se relaciona con un mayor grado de características antisociales y tienen una mayor probabilidad de consumir sustancias, tanto legales como ilegales (Longest y Shanahan, 2007; Oman et al., 2007). También el consumo de sustancias por parte de los padres y sus actitudes frente al mismo constituyen otro factor importante en el uso y abuso de sustancias; así, una conducta de mayor consumo por parte de los padres se asocia a un mayor consumo de drogas por parte de los hijos (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

b. Social

Por otro lado, las creencias que la sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas también es un factor en el riesgo asociado al abuso y dependencia a sustancias (Martínez-González, Trujillo y Robles, 2006). De esta misma manera, otro factor fundamental en el consumo de sustancias es la accesibilidad a las mismas, de tal forma que cuando el precio es bajo existe un mayor consumo, que disminuye cuando la droga se encarece (Chaloupka, Cummings, Morley y Horan, 2002).

c. Amigos y pares

Otro factor muy importante en la adquisición y mantenimiento del comportamiento adictivo es los amigos o pares que la persona puede frecuentar (Friedman y Glassman, 2000). De hecho, las investigaciones señalan que el 12 % de los consumidores refieren que el grupo de iguales ha ejercido sobre ellos una fuerte presión hacia el consumo de sustancias (Swadi, 1989).

d. Rendimiento académico

Otro factor que resulta importante para el uso de drogas es el rendimiento académico, incrementando el riesgo de consumo cuando existe un fracaso escolar, independientemente de cuales sean las causas. (Piko y Kovács, 2010).

2.1.2.2. Factores internos

Dentro de los factores de riesgo, existen los factores individuales, los cuales pueden ser biológicos, psicológicos y conductuales, y los rasgos de personalidad.

a. Factores genéticos y biológicos

La mayoría de estudios en este campo se corresponden con los denominados factores genéticos y están relacionados con el consumo de alcohol de los padres. Además parece haber una mayor heredabilidad en la dependencia que en el abuso (Pickens, Svikis, McGue, Lykken, Heston y Clayton, 1991). Dentro de los factores biológicos, el sexo y la edad son dos variables especialmente relevantes en el uso de sustancias, esto se puede observar en los datos recogidos en el 1er Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao – 2013 (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA, 2013) , siendo el 70.1% de los encuestados hombres y el 52.4% de las mujeres, quienes consumieron drogas legales en el último año; asimismo, el 2.3% de los hombres manifiestan haber consumido drogas ilegales el último año, en las mujeres el porcentaje alcanza el 0.5%. Por otro lado, para las drogas legales, la mayor prevalencia de consumo de último año se registra en el grupo etario de 19 a 29 años con 71%. Y en el caso de drogas ilegales, la mayor prevalencia de consumo de último año se presenta en el grupo de 12 a 18 años con 2.7%.

b. Factores psicológicos

Según los factores psicológicos y conductuales, la comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias con otros trastornos han recibido una importante atención en los últimos años, estableciéndose la patología dual como un claro factor de riesgo para el consumo de drogas, especialmente en el caso de la dependencia (Roberts, Roberts y Xing, 2007). Al parecer existe una relación bidireccional entre ellos dado que la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos aumenta la probabilidad del uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001). Además, el consumo aumenta la probabilidad de desarrollar un problema de salud mental (Kamon et al., 2006).

Por otro lado, las patologías más asociadas al consumo de drogas son el trastorno de conducta y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), así el 52% y el 50% de los adolescentes en tratamiento que cumplen criterios de los trastornos ya mencionados, lo hacen también para algún trastorno por uso de sustancias (Reebye, Moretti y Lessard, 1995; Horner y Scheibe, 1997). Además, los pacientes con TDAH comienzan a consumir antes, presentando abuso severo y tienen mayor probabilidad de presentar trastornos de conducta. La conducta antisocial es otro factor de riesgo relacionado con el consumo de sustancias. Distintos estudios muestran que la agresividad física en la infancia y adolescencia es un predictor de uso y abuso de sustancias psicoactivas (Ohannessian y Hesselbrock, 2008; Timmermans, Van Lier y Koot, 2008).

El consumo temprano de drogas incrementa las probabilidades de consumo posterior, con un riesgo creciente de que el uso se transforme en dependencia y que las sustancias se conviertan en un elemento del estilo de vida (Brook et al., 2000; Newcomb y Bentler, 1988). Así también, el consumo de alcohol y tabaco, de inicio temprano, puede servir como puerta de entrada hacia las drogas ilegales. De esta manera, el consumo de cannabis en la adolescencia también es un factor de

riesgo importante para el consumo de otras sustancias ilegales (Fergusson, Boden y Horwood, 2008).

La existencia de eventos traumáticos en la infancia, como pueden ser el abuso sexual o físico, se asocian con la aparición de trastornos mentales, especialmente con el trastorno de estrés postraumático y la depresión, y con el abuso de sustancias. Las personas que sufrieron este tipo de experiencias, tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000).

La National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, encontró que aquellas personas que habían experimentado en la infancia dos o más acontecimientos adversos (divorcio de los padres, muerte de un padre biológico, etc.) tenían más probabilidad de desarrollar una dependencia al alcohol que aquellos que solo habían vivido uno o ninguno (Pilowsky, Keyes y Hasin, 2009).

En la actualidad existe una constante investigación en adicciones para descubrir una posible relación entre el consumo habitual de sustancias y la personalidad de las personas que las usan, con el objetivo de predecir la posible aparición del abuso y la dependencia, así como mejorar el tratamiento y la prevención de los mismos. Una característica de personalidad asociada a las investigaciones en adicciones es la impulsividad, distinguiendo dos dimensiones, la primera de ellas estaría relacionada con la dificultad para demorar la recompensa y con la necesidad del refuerzo inmediato. Por otro lado, la denominada impulsividad, se asocia a la respuesta rápida. Y la denominada impulsividad no planeada, se asocia a una respuesta espontánea, y se relaciona con el mantenimiento del consumo, asociándose a un déficit a nivel de lóbulos frontales (Dawe, Gullo y Loxton, 2004; Hayaki, Stein, Lessor, Herman y Anderson, 2005).

Por otro lado, haciendo un análisis más profundo en el comportamiento de las personas con dependencias a sustancias psicoactivas, se puede observar que

existen patrones de creencias y pensamientos acerca de uno mismo, de los demás, y del ambiente; es decir, del como percibimos el entorno inmediato, como formamos recuerdos y como generamos comportamientos; a todo esto se le conceptualiza como “esquemas”, los cuales se adquieren a partir de la niñez. Sin embargo estos esquemas pueden ser adaptativos y desadaptativos (Young, 1999).

2.2. Esquemas

El concepto “esquema” se utiliza no solo en el área de la psicología, sino también en otras áreas de estudio. En términos generales, un esquema es una estructura, un marco o un perfil. En la filosofía griega antigua, los estoicos, especialmente Chrysippus (279-206 a.C. aproximadamente), presentaron los principios de la lógica en forma de “esquemas inferenciales” (Nussbaum, 1994). Para la filosofía Kantiana, un esquema es la concepción de lo que es común a todos los miembros de una clase.

El término “esquema” presenta un historial abundante en la psicología, fundamentalmente en la psicología evolutiva. En el desarrollo cognitivo, un esquema es un patrón impuesto sobre la realidad o experiencia para ayudar a las personas a explicarla. Un esquema es una representación abstracta de las peculiaridades de un acontecimiento, un tipo de anteproyecto de sus rasgos más sobresalientes. Para Piaget, el concepto de esquema aparece en relación con el tipo de organización cognitiva que, necesariamente implica la asimilación: los objetos externos son siempre asimilados a algo, a un esquema mental, a una estructura mental organizada. Es decir, es una estructura mental determinada que puede ser transferida y generalizada.

Considerando, la terapia cognitiva, Beck (1967) se refirió a los esquemas en sus primeros documentos. Sin embargo, en el contexto de la psicología y la psicoterapia, se puede pensar en un esquema como en cualquier principio organizador global que sirve para dar sentido a la propia experiencia de vida. Un concepto importante

con relevancia para la psicoterapia es la idea de que estos esquemas, los cuales son configurados en la infancia, se mantienen y elaboran y, posteriormente, se imponen en las experiencias vitales de la vida adulta. Por lo tanto, un esquema puede ser positivo o negativo, adaptativo o desadaptativo, y puede haberse formado en la infancia o en la edad adulta.

2.3. Esquemas Maladaptativos Tempranos

Los esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) son identificados como hechos estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, los cuales se van construyendo a lo largo de la vida y son significativamente disfuncionales para la persona. Estos EMTs sirven como marcos para el procesamiento de experiencias posteriores, ya que están sumamente ligados con la cognición, como los pensamientos, creencias, sistemas de creencias irracionales que la persona aprendió durante su infancia, en la familia o en la sociedad la cual repercute en su comportamiento. A partir de esta formulación los EMTs son definidos como patrones o esquemas que se repiten a lo largo de la vida, y son disfuncionales en un grado muy significativo, por ello impiden la racionalización, y no son detectables por el individuo sino a través de la terapia (Young & Klosko, 2001; Young, 1999).

2.3.1. Características de los Esquemas Maladaptativos Tempranos

Los EMTs presentan las siguientes características:

1. Luchan por mantenerse, por ello se resisten al cambio. Este es el resultado del impulso natural del ser humano por lograr el equilibrio, es decir, a lo que le es cómodo y familiar, aunque le conlleve sufrimiento.
2. Son verdades a priori, por este motivo, el esquema influye en el procesamiento de las experiencias posteriores.
3. Son dimensionales, ya que presentan diferentes niveles de gravedad.

4. Pueden reflejar de manera casi precisa el tipo de ambiente familiar que tuvieron durante la infancia
5. Son considerados maladaptativos por resultar significativamente disfuncionales y recurrentes, ya que activan respuestas basadas en una experiencia pre-existente, dejando de lado la situación real actual de “aquí y ahora”.
6. Al activar estos esquemas, generan niveles emocionales de alta intensidad que activan estrategias de protección.
7. Los esquemas maladaptativos tempranos parecen ser el resultado del temperamento del niño, interactuando con las experiencias disfuncionales de los padres, hermanos y amigos durante los primeros años de vida.
8. Son causados por experiencias tóxicas que se repitieron de manera regular durante la infancia o adolescencia.

2.3.2. Orígenes de los Esquemas Maladaptativos Tempranos

Para Rodríguez (2009), Young refiere que la interacción de las necesidades emocionales nucleares no satisfechas, las experiencias vitales tempranas y el temperamento del niño dan como resultado la formación de estos esquemas.

2.3.2.1. Necesidades emocionales nucleares

Según el modelo de Young (1990), los EMTs se originan en necesidades emotivas insatisfechas durante la infancia. Estas necesidades emotivas son de carácter universal y necesitan ser satisfechas para que la persona se halle psicológicamente sana (Caro, 2007). Estas necesidades emocionales nucleares desarrollan esquemas al no ser satisfechas, y estas se clasifican en:

- a. **Necesidad de contacto y afecto seguro:** Forman esquemas de privación emocional, abandono, desconfianza y abuso, imperfección y asilamiento social.
- b. **Necesidad de autonomía y desempeño:** Forman esquemas de dependencia, vulnerabilidad, enmarañamiento y fracaso.
- c. **Necesidad de Libertad para expresar emociones y necesidades:** Originan esquemas de subyugación, autosacrificio y búsqueda de aprobación.
- d. **Necesidad de espontaneidad y juego:** Forman esquemas de normas inalcanzables, negativismo, inhibición emocional y castigo.
- e. **Necesidad de límites reales:** Originan esquemas de grandiosidad e insuficiente autocontrol.

Todas las personas tienen necesidades emocionales nucleares, aunque las necesidades de algunas personas son más intensas que las de otros. Una persona psicológicamente sana es el que puede satisfacer de manera funcional estas necesidades emocionales nucleares.

2.3.2.2. Experiencias vitales precoces

Las experiencias tóxicas en la infancia constituyen el principal origen de los EMTs, Los primeros esquemas en desarrollar que usualmente son los más intensos, suelen originarse en la familia nuclear. En gran medida, las dinámicas de la familia de origen configuran todas las dinámicas del mundo infantil de la niñez. Sin embargo, Rodríguez (2009), indica que a medida que la persona crezca y se desarrolle, otros entornos se vuelven más significativos, entre ellos el colegio, los amigos, la

comunidad y la cultura, pudiendo también dar lugar a la formación de esquemas no tan intensos por instaurarse posteriormente.

Young et al. (2013) (Rodríguez, 2009), afirma que en los estudios con pacientes que presentan esquemas, se han observado cuatro tipos de experiencias tóxicas que se describen a continuación:

- a. **Frustración toxica de necesidades:** Cuando el niño experimenta “muy poco de algo bueno” en su crianza, origina carencias de estabilidad, comprensión o amor. Puede desarrollar esquemas como la privación emocional o el abandono.
- b. **Traumatización o Victimización:** El niño se percibe como criticado, controlado o victimizado constantemente. De esta manera adquiere esquemas como la desconfianza/abuso, imperfección/vergüenza o vulnerabilidad al peligro.
- c. **Exceso de algo bueno:** Cuando los padres brindan al niño algo que, con moderación sería saludable. Si el niño es mimado y consentido, no se satisfacen las necesidades nucleares de autonomía o de límites reales, de este modo, los padres pueden estar excesivamente implicados en la vida del niño y puede originar esquemas como la dependencia/incompetencia o grandiosidad/autorización.
- d. **Interiorización selectiva o identificación con otras personas significativas:** El niño se identifica e internaliza los pensamientos, sentimientos, experiencias y conductas de las figuras de crianza. Es así, que algunas de estas identificaciones e internalizaciones se convierten en esquema, y, algunas se convierten en modos o estilos de afrontamiento.

2.3.3. Temperamento emocional

Además del contexto de la primera infancia, existen otros componentes de especial relevancia que influyen de forma significativa en el desarrollo de los esquemas, a lo cual Young y Klosko (2001) definieron como temperamento emocional. Kagan, Reznick y Snidman (1988) respaldaron la importancia del aspecto biológico dentro de la personalidad, y sobre todo que estos rasgos temperamentales en la infancia permanecen en forma estable a lo largo de la vida.

A continuación se presentan algunas dimensiones del temperamento emocional, que probablemente podrían ser innatas en gran medida:

Lábil.....	No reactivo
Distímico.....	Optimista
Ansioso.....	Calmado
Obsesivo.....	Distraído
Pasivo.....	Agresivo
Irritable.....	Alegre
Vergonzoso.....	Sociable

El temperamento puede considerarse como la mezcla única de puntos que presenta el individuo de esta serie de dimensiones expuestas.

El temperamento emocional interactúa con las experiencias infantiles dolorosas en la formación de los esquemas. Los diferentes temperamentos exponen a los niños a distintas circunstancias vitales, a su vez, dos niños podrían reaccionar de forma muy diferente a la misma circunstancia vital.

2.3.4. Dimensiones y tipos de esquemas maladaptativos tempranos

Young (1999) propuso un sistema de clasificación por dominios que agrupa 18 esquemas maladaptativos tempranos que se describen a continuación:

2.3.4.1. Primer Dominio: Desconexión y rechazo

La creencia de que las propias necesidades de seguridad, estabilidad, cuidados, empatía, sentimientos compartidos, aceptación y respeto, no serán satisfechas de un modo predecible. El típico ambiente de la familia de origen está caracterizado por el desapego, la frialdad, el rechazo, la inhibición, la soledad, el abuso, las conductas explosivas. Por lo tanto, las personas que han desarrollado estos esquemas son incapaces de establecer apegos seguros y satisfactorios. Los esquemas pertenecientes a esta dimensión son los siguientes:

a. Abandono/ Inestabilidad.

Desarrollo del esquema: Según Young y Klosko (2001), el desarrollo de este esquema se instaura en la etapa pre-verbal, es decir en el primer año de vida, por ello la persona no posee pensamientos relacionados con el esquema.

Creencias: La percepción de que aquellos que lo rodean son inestables e indignos de confianza como para brindar apoyo y conexión. Implica la sensación de que las otras personas importantes en su vida lo abandonarán por alguien mejor o morirán. (Young et al., 2013). Por otro lado el entorno se percibe como poco fiable e impredecible (Arntz y Van Genderen, 2009).

Relaciones interpersonales: En sus relaciones de pareja los invaden los sentimientos de desesperación por el miedo al abandono, lo que conlleva a que quieran aferrarse a personas cercanas y provocan con ello el tan temido distanciamiento. Así también, no logran estrechar lazos por el miedo al abandono.

b. Desconfianza/ Abuso.

Desarrollo del esquema: El maltrato verbal durante el desarrollo de la infancia, en forma de amenazas o insultos, o también el maltrato físico sexual, ya sea por una violación o por aproximaciones físicas incómodas (Young y Klosko, 2001).

Creencias: La creencia de que los otros lo lastimarán, se aprovecharán de él o lo harán víctima de sus abusos, humillaciones, engaños, o mentiras. Generalmente involucra la percepción de que el daño es intencional o de que el resultado es de una negligencia extrema e injustificada. Puede incluir la sensación de que uno siempre termina siendo engañado o "recibiendo la peor parte".

Relaciones interpersonales: En sus relaciones interpersonales su principal atracción está dirigida hacia personas abusivas o poco fiables. En la situación contraria puede pasar de víctima a victimario (Young y Klosko, 2001).

c. Privación Emocional.

Desarrollo del esquema: El núcleo de este esquema se encuentra en la relación establecida con la figura significativa, especialmente durante el primer año de vida y el contacto no previsible que experimentó con ella. Young et al. (2013), indica que existen tres formas de necesidad:

1. **Necesidad de crianza:** Las personas que desarrollan este esquema no percibieron que esta necesidad fue cubierta. Sus experiencias estuvieron relacionadas con la falta de afecto, atención y compañía.
2. **Necesidad de empatía:** Las personas con este esquema no experimentaron la comprensión de su entorno, tampoco pudieron compartir sentimientos.
3. **Necesidad de protección:** La carencia se centra en la falta de guía y cuidados.

La creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros, es decir, sus necesidades de afecto, empatía y cuidado no serán cubiertas adecuadamente por los demás.

Relaciones interpersonales: Reproducen sus experiencias más dolorosas al vincularse con personas distantes o poco asequibles o también reaccionan en forma contraria terminan la relación al experimentar demasiada cercanía por parte de los demás. Tienen la tendencia a ser exigentes emocionalmente con las personas de su entorno, según Young y Klosko (2001).

d. Defectuosidad/ Vergüenza.

Desarrollo del esquema: La persona en su infancia no se sintió respetado por su familia. Era criticado y rechazado por ellos quienes señalaban sus defectos, tanto reales como irreales. Genera culpa innecesaria cuando algo no resultaba de manera satisfactoria porque se sentía imperfecto o inútil. El esquema puede desarrollarse también por las comparaciones entre hermanos hechas por los padres. (Young y Klosko, 2001),

Creencias: La percepción y el sentimiento de que uno es defectuoso, malo, indeseado, inferior o incapaz en aspectos importantes; o de que uno no sería digno de ser amado por los otros significativos, si fuera puesto al descubierto. Puede implicar hipersensibilidad a la crítica, el rechazo y la culpa; comparaciones, e inseguridad con respecto a los demás; o una sensación de vergüenza por las fallas propias. Estas fallas pueden ser privadas (ej. egoísmo, impulsos irascibles, deseos sexuales inaceptables) o públicas (ej. apariencia física indeseable, inadecuación social).

Relaciones interpersonales: Evita las relaciones sentimentales que conlleven a algún tipo de compromiso, prefiere aventuras breves o varias a la vez, lo cual evitará que sus defectos puedan ser evidentes. Se siente atraído por parejas críticas,

agresivas física o emocionalmente o parejas difíciles de conquistar (casados, que viajen con frecuencia, etc.) (Young y Klosko, 2001).

e. Aislamiento Social/ Alienación.

Desarrollo del esquema: Su familia de origen se caracteriza por ser diferente (raza, posición social, religión, idioma, cultura, adicción, etc.) a la mayoría de las familias de su entorno. Algo en su aspecto físico (delgadez, sobrepeso, tamaño pequeño, poco atractivo, etc.) o en el aspecto mental (problemas de aprendizaje, ser estudioso, etc.) o en lo social (incapaz de mantener una conversación, torpe, tímido, etc.) lo hizo sentir inferior al ser el centro de burlas y humillaciones, por tal motivo se cohibe y prefiere no hacer amigos por miedo al rechazo (Young y Klosko, 2001).

Creencias: El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, es diferente de los demás y/o no hace parte de ningún grupo o comunidad.

Relaciones interpersonales: En su búsqueda por compensar sentimientos de inferioridad elige desarrollarse laboral y académicamente en áreas en las que no tenga la necesidad de relacionarse con otros y por ende no sentirse menos que los demás. Young y Klosko (2001). Es así como lo podemos ver desarrollarse como científico, escritor, artista, etc. o en trabajos que impliquen viajar, trabajar en casa o crear un propio negocio. A pesar de las destrezas que pueda conseguir en su área, el esquema no le permitirá crecer profesionalmente. En el ámbito social lo acompañan sentimientos de inadecuación, siente que no puede aportar algo, y si lo hace será errado. Es entonces cuando prefiere aislarse al no sentirse parte de ningún grupo (Young y Klosko, 2001).

Le atraen personas socialmente aceptadas o que resalten por una característica especial que el no posea. En este tipo de relaciones la persona con el esquema puede motivarse a través de su pareja. Pero también es posible que busque

desarrollar una relación con personas tímidas al igual que él, según Young y Klosko (2001).

2.3.4.2. Segundo Dominio: Autonomía y desempeño deteriorados

Creencias sobre sí mismo y el ambiente que interfieren con la percepción de la propia capacidad para separarse, sobrevivir y funcionar independientemente o para desempeñarse con éxito. El típico ambiente de la familia de origen es excesivamente implicado a nivel afectivo (sobreprotector, o incapaz de reforzar al niño en su desempeño competente en contextos exteriores al de la familia). Es decir, la confianza no fue reforzada en estas personas, impidiéndoles poder desenvolverse fuera del hogar (Young et al., 2013).

Para Young et al. (2013), este tipo de personas no son capaces de construir su propia identidad y desarrollar una vida personal. Tiene problemas para establecer metas y poder alcanzarlas. No cuentan con las competencias necesarias para enfrentar el mundo de manera adulta ya que permanecen como niños aun siendo bastante adultos.

a. Dependencia/ Incompetencia.

Desarrollo del esquema: Según Young y Klosko (2001), provienen de familias sobreprotectoras que no refuerzan el actuar del niño fuera del entorno familiar ni su confianza, o de familias que no le han servido de guía teniendo que enfrentarse solos a la toma de decisiones llegando a sentir emociones negativas (ansiedad, presión y fatiga).

Creencia: La creencia de que uno es incapaz de enfrentar las responsabilidades cotidianas de un modo competente sin una cantidad considerable de ayuda externa (ej. cuidar de sí mismo, solucionar problemas diarios, ejercitar el buen juicio, emprender

nuevas tareas, tomar buenas decisiones). Con frecuencia se presenta como indefensión.

Relaciones interpersonales: Desarrolla una dependencia no sólo a nivel familiar sino también a nivel laboral, de pareja y/o social, según Young y Klosko (2001).

b. Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad.

Desarrollo del esquema: La idea que el mundo es peligroso, es internalizada por el temor que observa en sus padres temerosos o figuras significativas. (Citado por Arango y Villegas, 2013).

Creencia: Un temor exagerado a que la catástrofe sobrevenga de un modo inminente y en cualquier momento y a que uno sea incapaz de impedirlo. Los temores se centran en uno o más de los siguientes aspectos: (a) Catástrofes médicas, por ejemplo, ataques cardíacos, SIDA; (b) Catástrofes emocionales, por ejemplo volverse loco; (c) Catástrofes Externas, por ejemplo fallas en elevadores, ser atacado por criminales, accidentes aéreos, terremotos.

Young en el 2001, menciona que estas creencias pueden dividirse en cuatro campos:

- **Salud y enfermedad:** Preocupación excesiva por su bienestar físico que lo lleva a acudir frecuentemente al médico. Está a la expectativa de cualquier indicio de cualquier extraña sensación de malestar para entrar en pánico.
- **Peligro:** Preocupación excesiva por su seguridad personal y familiar, se mantiene alerta frente a cualquier indicio de lo que él considera un posible peligro, se siente constantemente inseguro. Esta preocupación

la traslada al temor por posibles desastres naturales, viajes en avión, auto, etc.

- **Pobreza:** El miedo se centra en el aspecto económico, teme perder su dinero y acabar en la pobreza aunque mantenga una situación económica estable. Se muestra exageradamente preocupado por pagar sus cuentas o si algún familiar perdió su trabajo.
- **Perder el control:** Lo atemoriza la idea de entrar en una crisis de pánico o volverse loco. Debido a sus pensamientos catastróficos se incrementa la posibilidad de padecer una crisis o de mantenerla más del tiempo promedio.

Relaciones interpersonales: Young y Klosko (2001), mencionan que este tipo de personas se ven afectados en su desarrollo social, el temor les impide realizar actividades frecuentes al común de las personas y generalmente se sienten atraídas por personas que las pueden cuidar o darles algún tipo de soporte en su vida.

c. Apego confuso/ Yo inmaduro

Desarrollo de Esquema: Este tipo de esquema se forma por el tipo de crianza manifestado por padres que han imposibilitado la autonomía del niño al tomar constantes decisiones por él, menciona Young (1999).

Creencia: Una excesiva implicación y cercanía emocional con uno o más otros significativos (con frecuencia los padres) a expensas de una individuación completa o de un desarrollo social normal. Con frecuencia implica la creencia de que al menos uno de los individuos "atrapados" no puede sobrevivir o ser feliz sin el apoyo constante de la otra persona. También puede incluir sentimientos de fusión con otros o un sentido insuficiente de la individualidad. Generalmente se experimenta

como un sentimiento de vacío que no apunta a ningún lado, o en casos extremos, que cuestiona la propia existencia.

Relaciones interpersonales: La persona se siente excesivamente involucrada con sus padres ya que nunca ha podido separarse de ellos en comparación a otras personas de su misma edad. En la relación de pareja no se tiene identidad, se llega a replicar la relación que se mantuvo con sus padres en la niñez, indica Young et al. (2013).

d. Fracaso.

Desarrollo del esquema: Young y Klosko (2001), mencionan que la preocupación de los padres se centraba en los logros del niño, si no lograba lo esperado, se le criticaba constantemente. Los padres exigían que el niño desarrolle el mismo nivel que ellos alcanzaron en algún momento o el nivel obtenido por sus otros parientes. Este esquema puede estar asociado con otros esquemas: imperfección, desconfianza y abuso, normas inalcanzables, privación emocional, dependencia, aislamiento social o grandiosidad.

Creencia: La creencia de que uno ha fracasado o fracasará inevitablemente, o de que se es inherentemente inadecuado con respecto a sus amigos, en áreas de logro (educación, carrera, deportes, etc.) Con frecuencia involucra la creencia de que uno es estúpido, inepto, falta de talento, ignorante, de bajo status, menos exitoso que otros y otras creencias de la misma naturaleza.

Relaciones interpersonales: Este esquema en su mayoría de veces se activa en el área laboral. La persona busca una profesión por debajo de sus capacidades o una profesión que difícilmente desarrollará al futuro. Comete errores que lo llevan a un posible despido (bajo rendimiento, irresponsabilidad, impuntualidad, etc.), constantemente cambia de trabajo.

2.3.4.3. Tercer Dominio: Límites insuficientes

Deficiencia en los límites internos, en la responsabilidad hacia otros u orientación hacia metas a largo plazo. Conduce a una dificultad para respetar los derechos de los demás, cooperar con ellos, hacer compromisos o fijar y alcanzar objetivos personales realistas. El típico ambiente de la familia de origen está caracterizado por la permisividad, el exceso de indulgencia, la falta de dirección o fomenta una sensación de superioridad y no por una confrontación, disciplina y unos límites apropiados, con relación a la asunción de responsabilidades, la cooperación recíproca y el establecimiento de metas. En algunos casos, el niño puede no haber sido obligado a soportar niveles normales de incomodidad o puede no haber recibido una supervisión, dirección o instrucción adecuadas.

a. Derecho/ Grandiosidad.

Desarrollo del esquema: Se origina en un estilo de crianza sin deberes ni responsabilidades. Al niño se le brinda todo lo que necesitaba, lo cual no hizo que se desarrollara una adecuada tolerancia a la frustración, así como el necesario control de impulsos y manejo de emociones, indica Young y Klosko (2001).

Creencia: La creencia de que uno es superior a los demás; de que tiene derechos y privilegios especiales; o de que no está obligado por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social normal. Con frecuencia implica la insistencia en que uno debe ser capaz de hacer o tener lo que desee, sin importar los límites reales, lo consensualmente razonable o las implicaciones que ello tenga para los demás; o una concentración exagerada en la superioridad.

Relaciones interpersonales: Muchas veces se muestran dominantes o demandantes. Son personas con poca empatía. Estas personas se sienten atraídas por personas sacrificadas, que postergan sus propias necesidades, toleran la

crítica, tienen miedo a expresar sentimientos, y a diferencia de ellos, son organizadas y disciplinadas.

b. Autocontrol/ Autodisciplina Insuficientes.

Desarrollo del esquema: El origen de este esquema está centrado en un estilo de crianza indulgente, permisiva, sin normas o límites adecuados. Los padres buscaron satisfacer todas las demandas del niño.

Creencia: Se expresa en la dificultad generalizada o la negación a ejercer un autocontrol y una tolerancia a la frustración suficientes como para lograr las propias metas, o limitar la expresión excesiva de las emociones y los impulsos. En su expresión moderada, toma la forma de un énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad: evitando el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la realización personal, el compromiso o la integridad.

Relaciones interpersonales: La persona evita de forma exagerada cualquier incomodidad aun sacrificando su satisfacción personal.

2.3.4.4. Cuarto Dominio: Orientación hacia los otros

Una concentración excesiva en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades, para ganar amor y aprobación, mantener el sentido propio de conexión, o evitar la retaliación. Generalmente involucra supresión y falta de conciencia de la ira y las inclinaciones naturales propias. El típico ambiente familiar de origen está basado en la aceptación condicional: los niños deben suprimir aspectos importantes de sí mismos para ganar amor, atención y aprobación. En muchas de tales familias, las necesidades y los deseos de los padres o la aceptación y el estatus social se valoran más que las necesidades y los sentimientos de los niños.

a. Subyugación.

Desarrollo del esquema: Este esquema se forma a partir de la crianza impartida por padres controladores que decidían sobre casi todas las áreas de desarrollo del niño, muchas veces castigándolo o amenazándolo si no cumplía lo que ellos decidían. El niño percibía que sus necesidades, opiniones o derechos eran vulnerados constantemente, sin embargo hacia cosas con el fin de evitar herir a alguno de sus padres.

Creencia: Para Young (1999), este tipo de personas tiene la creencia que sus deseos, opiniones y sentimientos no son válidos para los demás. Existen dos formas de subyugación:

- **Subyugación de necesidades:** Se suprimen los deseos, decisiones y preferencias personales.
- **Subyugación de emociones:** Se suprimen las emociones, principalmente la ira, la cual puede manifestarse de manera desadaptativa (conducta agresivo-pasiva, estallidos de malhumor, síntomas somáticos, etc.)

Relaciones Interpersonales: Usualmente permite que la otra persona atienda sus propias necesidades. En el ambiente laboral busca agradar a sus superiores ganándose la confianza del jefe.

b. Auto sacrificio.

Desarrollo del esquema: Los padres actuaban como mártires y exponían al niño a un entorno donde era común cubrir las necesidades del otro, menciona Young et al. (2013).

Creencias: Concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás, en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción.

Las razones más comunes que se dan para asumir estas conductas son, evitar causar dolor a los demás, y sentirse egoísta y culpable por ello, o mantener la conexión con aquellas personas que se perciben como necesarias. Con frecuencia se origina a partir de una aguda sensibilidad al dolor de los demás. Algunas veces conduce a la sensación de que las propias necesidades no se están satisfaciendo adecuadamente y al resentimiento hacia aquellos que se tiene bajo su cuidado.

Relaciones interpersonales: Son personas empáticas, para ellos el entorno es su prioridad y sienten la responsabilidad de cambiar la situación de personas que se hallan en problemas. En algunos casos pueden sentir culpabilidad por ocupar puestos donde se hallen por encima de los demás, indica Young y Klosko (2001).

c. Búsqueda de Aprobación/ Búsqueda de Reconocimiento.

Desarrollo del esquema: Los padres hicieron creer al niño que sus conductas eran observadas por otras personas.

Creencia: Énfasis excesivo en la obtención de la aprobación, el reconocimiento o la atención de los demás o en encajar, en detrimento de un sentido seguro y genuino. El sentimiento de autoestima depende básicamente de las reacciones de los demás, más que de las propias inclinaciones naturales. Algunas veces incluye

una concentración excesiva en el estatus, la apariencia, la aceptación social, el dinero o el logro como medios de ganar aprobación, admiración o atención. Con frecuencia, desemboca en elecciones insatisfactorias o no genuinas relacionadas con aspectos importantes; o en una hipersensibilidad al rechazo.

Relaciones interpersonales: Se muestran excesivamente susceptibles al rechazo del resto, toman decisiones influidos por la opinión de los demás las cuales no siempre serán fuente de satisfacción real para el sujeto. Young et al. (2013).

2.3.4.5. Quinto Dominio: Sobrevigilancia e inhibición

Énfasis excesivo en la supresión de los propios sentimientos, impulsos y elecciones espontáneos o en el acatamiento de reglas y expectativas rígidas introyectadas, acerca del desempeño y la conducta ética, con frecuencia sacrificando la felicidad, la autoexpresión, la tranquilidad, las relaciones cercanas o la salud. El típico ambiente de la familia de origen es severo, demandante, y algunas veces punitivo: el desempeño, el deber, el perfeccionismo, el seguimiento de reglas, el ocultamiento de las emociones y la evitación de los errores, se imponen al placer, al disfrute y a la dispersión.

a. Negatividad/ Pesimismo.

Desarrollo del esquema: La dinámica familiar se ha vuelto envuelta por el pesimismo generalizado. El mensaje constante estaba centrado en lo difícil que es la vida y el no poder lidiar con ella. Una percepción autoderrotista.

Creencia: Una concentración generalizada y permanente en los aspectos negativos de la vida (dolor, muerte, pérdida, desilusión, conflicto, culpabilidad, resentimiento, problemas no resueltos, errores potenciales, traición, cosas que podrían ir mal etc.), mientras se minimizan o se ignoran los aspectos positivos u optimistas.

b. Inhibición Emocional.

Desarrollo del esquema: Los padres demostraban preocupación por controlar las emociones del niño, introyectando que ellos “deben ser racionales en todo momento”. No se promovía la espontaneidad del niño. El mensaje usual era que todo debía hacerse de manera correcta.

Creencia: La inhibición excesiva de acciones y sentimientos y de una comunicación espontánea, generalmente para evitar la desaprobación de los demás. Sentimientos de vergüenza o la pérdida del control de impulsos. Las áreas más comunes de inhibición implican: (a) Inhibición de la ira y de la agresión (b) Inhibición de los impulsos positivos (ej. disfrute, afecto, juego, excitación sexual); (c) Dificultad para expresar libremente sentimientos de vulnerabilidad o comunicar a otros los sentimientos y las necesidades propias; o (d) Énfasis excesivo en la racionalización, con desprecio de las emociones.

c. Estándares Implacables / Hipercrítica.

Desarrollo del esquema: El origen de este esquema se centra en una familia que brindaba amor en forma condicional, el niño tenía que sobreesforzarse para ganar cariño y afecto. Usualmente se da en familiar donde tienen estándares muy elevados, o expectativas muy altas para sus hijos.

Creencia: La creencia subyacente en que uno debe esforzarse por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente para evitar la crítica. Desemboca en sentimientos de presión o en dificultad para desacelerar el ritmo de vida, y en una actitud hipercrítica hacia uno mismo y hacia los demás. Involucra un deterioro significativo en el placer, la diversión, la salud, la autoestima, la sensación de logro o las relaciones satisfactorias.

Los estándares implacables adquieren generalmente la forma de (a) Perfeccionismo, atención desmedida en los detalles o subestimación del buen desempeño propio, (b) Reglas rígidas y "deberías" no realistas en muchas áreas de la vida, incluyendo altos preceptos morales, éticos, culturales o religiosos; o (c) Preocupación por el tiempo y la eficiencia, de tal modo que ellos permitan alcanzar metas más altas.

Relaciones interpersonales: Para Young y Klosko (2001), en el área laboral estas personas se muestran adictas al trabajo dedicando más tiempo que el promedio a sus labores, también se les observa como personas dedicadas a hacer crecer su fortuna, prestigio o poder.

d. Castigo.

Desarrollo del esquema: El origen de este esquema está basado en reglas estrictas y rígidas, ante los errores del niño los padres reaccionaban de manera condenatoria.

Creencia: La creencia de que las personas deberían ser castigadas con dureza por cometer errores. Implica una tendencia a ser de mal carácter, intolerante, punitivo e impaciente con aquellas personas (incluyendo uno mismo) que no comparten los propios estándares o expectativas. Generalmente incluye una dificultad para perdonar los errores propios o ajenos, ya que se rehúsa a tener en consideración circunstancias atenuantes, el potencial humano hacia el error o a ser empático con los sentimientos de los demás, indica Young (1999).

Es por este motivo que la adicción es un comportamiento bastante complejo, ya que la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva es el resultado de la interacción entre muchos factores (Griffiths, 2005). Anteriormente, se hicieron mención los factores psicológicos y/o biológicos de la persona (por ejemplo, creencias, personalidad, actitudes, motivaciones, etc.) (Parke y Griffiths, 2006). La

adicción por lo tanto, puede ser conceptualizada como un rompecabezas complicado. Bakhshi Bojed y Nikmanesh (2013) proporcionan otra pieza en el rompecabezas, al demostrar que las diferencias individuales (en este caso, los esquemas maladaptativos tempranos), muestran una correlación positiva con la adicción.

Por otro lado, los trastornos del uso y abuso de drogas, tanto legales como ilegales, constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial y en el Perú. Sabiendo, que su consumo puede llevar a una dependencia a la sustancia, la que está asociada a diversas patologías tanto médicas, psicológicas y psicosociales, entre otros. Entre los métodos más comunes para tratar los trastornos por uso de drogas están las comunidades terapéuticas (CT). El instituto Nacional de Salud (2012), en la revisión “Eficacia de comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas relacionados con uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática”, indica que no se encontró evidencia empírica suficiente que sustente una eficacia de las CTs superior a otras posibilidades terapéuticas más sencillas o ambulatorias para tratar problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas.

2.4. Comunidad Terapéutica

Las comunidades terapéuticas son una modalidad de tratamiento para la dependencia a las sustancias psicoactivas. La esencia de este modelo es la comunidad, que es utilizada como método principal para facilitar el cambio social y psicológico en los residentes. En este modelo, tanto el personal profesional como los residentes tienen un rol equitativo, esta interacción entre profesional-residente representa el principio de las comunidades terapéuticas y se describe como “la comunidad como método”. De esta forma cada residente se ve a sí mismo como responsable de su tratamiento y el de sus compañeros, indica Woodhams (2001).

Además, existen distintos tipos de comunidades terapéuticas, como la comunidad terapéutica modificada, que implementa un currículo cognitivo conductual dentro de los principios de la comunidad terapéutica. Esta fue desarrollada para la población con trastornos cómorbidos (Sacks, Sacks et al. 1997), es decir, con personas con uno o más trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas (Center for Substance Abuse Treatment, 2005)

Es decir, las Comunidades Terapéuticas se conciben como una opción dirigida a personas dependientes que se encuentran en los primeros estadios de tratamiento y que requieren la utilización temporal de un centro residencial. Tratándose de un modelo de mayor contención e intensidad asistencial que permitirá una favorable evolución en el tratamiento.

Estas CTs cuentan con un equipo interdisciplinario que atienden al paciente las 24 horas del día todos los días del año, conformando un espacio asistencial, en régimen de internado, que asegura los objetivos terapéuticos específicos, en los ámbitos de la salud, psicológico, social y educativo con el fin de que una vez logrados continúen su proceso de seguimiento.

3. Definición de términos básicos

3.1. Esquemas maladaptativos tempranos

Los esquemas maladaptativos temprano son definidos como modelos cognitivos, emocionales y comportamentales de uno mismo y del mundo externo considerados como factores destructivos que se crean al principio de la niñez y son repetidos a lo largo de la vida.

3.2. Dependencia a sustancias psicoactivas

La dependencia puede definirse como la incapacidad de abstenerse a consumir bajo pena de sufrimiento físico y/o psíquico. Por otro lado la OMS la define como el síndrome por el cual el consumo de una sustancia deviene como una exigencia superior a aquéllas de otros comportamientos que previamente tuvieron una importancia mayor”. La persona oculta todas las circunstancias vitales que giran alrededor de la sustancia adictiva.

3.3. Comunidad Terapéutica

Modelo de tratamiento para la dependencia a las sustancias psicoactivas de tipo residencial, donde el residente y el profesional juegan un papel fundamental, a su vez el residente presenta una gran carga de responsabilidad durante su tratamiento.

Capítulo III

Hipótesis y variables

1. Supuestos científicos básicos

Young (1999) menciona que los esquemas maladaptativos tempranos son percibidos como hechos estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia y son sumamente ligados a la cognición, creencias y pensamientos, entonces estos son patrones que se repiten a lo largo de la vida, son sumamente disfuncionales y posteriormente están relacionados a muchos problemas en la adultez o adolescencia, lo cual podría llevar a una persona a la dependencia a sustancias psicoactivas

Por otro lado, una variedad de estudios actuales respalda la fuerte relación existente entre los esquemas maladaptativos tempranos y la dependencia a las sustancias psicoactivas en los consumidores, tanto en su inicio como en su mantenimiento de la conducta propiamente dicha. Bakhshi Bojed y Nikmanesh en el 2013 proporcionan otra pieza en este rompecabezas tan complicado como lo es la adicción, al demostrar que las diferencias individuales (en este caso, los esquemas maladaptativos tempranos), muestran una correlación positiva con la adicción.

2. Hipótesis

a. Hipótesis general

H₁. Existe diferencias significativas entre los esquemas maladaptativos tempranos considerando el tipo de dependencia a sustancias psicoactivas en residentes de un centro de rehabilitación de Lima.

b. Hipótesis específica

H_{1.1}. Existe diferencias significativas entre los esquemas maladaptativos tempranos considerando los trastornos mentales asociados de los residentes de un centro de rehabilitación de Lima.

3. Variables de estudio

Las variables a tratar en la presente investigación son las siguientes:

- Esquemas maladaptativos tempranos
- Tipo de sustancia de dependencia
- Trastornos mentales

Capítulo IV

Método

1. Diseño de investigación

La investigación pertenece al diseño descriptivo de carácter comparativo tal como señalan Sánchez y Reyes (2015). Es descriptivo, pues no existe una manipulación de las variables utilizadas en la investigación, y solo se hacen las comparaciones, en términos de dependencia y trastornos mentales.

Asimismo, puede agregarse que es una investigación de carácter básica pues según Sánchez y Reyes (2015) se busca obtener conocimientos en un área del saber a fin de tener material para futuras indagaciones de carácter científica.

2. Población de estudio

La población es de 70 pacientes varones con edades de 18 entre 50 años de edad, diagnosticados como pacientes dependientes a sustancias psicoactivas (Marihuana, Alcohol, Pasta básica de cocaína, cocaína, entre otros.), los cuales ingresaron de manera voluntaria al tratamiento residencial, durante los años 2016 y 2017. Los residentes pertenecen a una comunidad terapéutica de Lima (Chaclacayo).

3. Muestra de investigación

La muestra en la investigación presentada es de tipo no probabilístico, pues la muestra que se tomará en cuenta para la realización de la presente investigación estará conformada por todos los pacientes masculinos internados en un centro de rehabilitación de Lima (59 residentes), los cuales son pacientes dependientes a sustancias psicoactivas, internados en el año 2016 y 2017. Por lo señalado, la selección de participantes es intencional.

4. Técnicas de instrumentos de recolección de datos

En esta investigación se empleará el Cuestionario de Esquemas de Young-Versión reducida (YSQ-SF). Ésta analiza los 18 esquemas propuestos por Jeffrey Young. Su corrección es cualitativa; considerando los puntajes mayores a 15 en cada esquema. (Ver Anexo 1)

Ficha técnica

Nombre	:	Cuestionario de Esquemas de Young
Nombre original	:	Young Schema Questionnaire – Short Form
Nombre Abreviado	:	YSQ - SF
Autor y año	:	Jeffrey Young - 1998
Evalúa	:	Esquemas Maladaptativos Tempranos
Nº de ítems	:	90 ítems
Administración	:	Individual y Colectiva – Heteroaplicada
Calificación	:	Manual
Área	:	Clínica
Duración	:	40 minutos

Confiabilidad

En el estudio realizado por Hilario en el 2013 se obtuvieron baremos en los estudiantes universitarios, hallando un alfa de Cronbach total de 0.963.

Validez

Un estudio realizado en el 2015 por Sotomayor y Gee, titulado Esquemas tempranos mal adaptativos presentes en pacientes con trastornos de personalidad, ansiedad y depresión, validaron la prueba en mención realizando el proceso de juicio de expertos.

Procedimientos para la recolección de datos

Para realizar la investigación se elaboró un plan estratégico: Al iniciar la investigación el investigador ya laboraba en la comunidad terapéutica 6 meses, lo cual era una gran oportunidad para poder utilizar la muestra. Se solicitó por escrito a los directores del Centro de Rehabilitación el permiso para administrar el cuestionario. Al contar ya con la autorización se procedió a aplicar el cuestionario a los participantes. Se administró el instrumento durante la hora de terapia grupal.

Se reunieron a los residentes para explicarles en que consiste la investigación, luego procedió a entregar el consentimiento informado para contar con su autorización. La administración de la prueba duró aproximadamente 40 minutos. Posteriormente para obtener los resultados estadísticos se trabajó con el programa SPSS. Una vez digitado la información, se analizó la información, según las hipótesis general y específica. Antes de aplicar los test inferenciales para definir si hay diferencia significativa, se les aplica el test de Distribución Normal Aderling Test a cada esquema, para ello, el p-valor debe ser mayor a 0.05. A continuación, se presenta los resultados de cada esquema, acompañado de su p-valor y agrupado

si pertenece o no a una distribución normal. Presentando los esquemas que tienen distribución normal:

- Autosacrificio (p-valor $0.22 > 0.05$).
- Inhibición Emocional (p-valor $0.16 > 0.05$).
- Autocastigo (p-valor $0.08 > 0.05$).
- Autocontrol Insuficiente ($0.08 > 0.05$).

Para estos cuatro esquemas, se aplicaron las pruebas paramétricas ANOVA (hipótesis general) y el t de Student (hipótesis específica). Para los esquemas correspondientes a:

- Deprivación Emocional (p-valor $0.03 < 0.05$).
- Abandono (p-valor $0.0009 < 0.05$).
- Desconfianza/Abuso (p-valor $0.04 < 0.05$).
- Defectuosidad/Vergüenza (p-valor $0.03 < 0.05$).
- Aislamiento Social (p-valor $0.001 < 0.05$).
- Dependencia /Incompetencia (p-valor $0.0005 < 0.05$).
- Vulnerabilidad a daño-enfermedad (p-valor $2.864e-05 < 0.05$).
- Enmarañamiento (p-valor $0.0002 < 0.05$).
- Fracaso (p-valor $0.02 < 0.05$).
- Sometimiento (p-valor $0.02 < 0.05$).
- Búsqueda de aprobación (p-valor $0.001 < 0.05$).
- Pesimismo Negativo (p-valor $0.02 < 0.05$).
- Estándares Inalcanzables (p-valor $0.003 < 0.05$).
- Sobrevaloración/Grandiosidad (p-valor $0.006 < 0.05$).

Se aplicaron pruebas no paramétricas, el test de Kruskal-Wallis (hipótesis general) y la U de Mann de Whitney (hipótesis específica), por no tener una distribución estadística normal.

Capítulo V

Resultados y análisis de resultados

1. Resultados

Previo a la presentación de los resultados inferenciales del presente estudio, se exhibe los resultados descriptivos, según las hipótesis planteadas, siendo el primero la presentación de cada uno de los esquemas de los dominios mal adaptativos y las sustancias psicoactivas que consumen principalmente los residentes de un Centro de Rehabilitación de Lima. Por ello, se inicia con el dominio de Desconexión y Rechazo, el cual abarca cinco esquemas, siendo el primero la Deprivación emocional, y como se puede observar en la Figura 1, los grupos donde predominan los que presentan menos el esquema son los consumidores de marihuana (THC) y la pasta básica de cocaína (PBC), los cuales representan el 40.64% de la población evaluada. Mientras los grupos que presentan este esquema son los consumidores de alcohol (OH) y los de THC, siendo el 28.81% de los residentes evaluados.

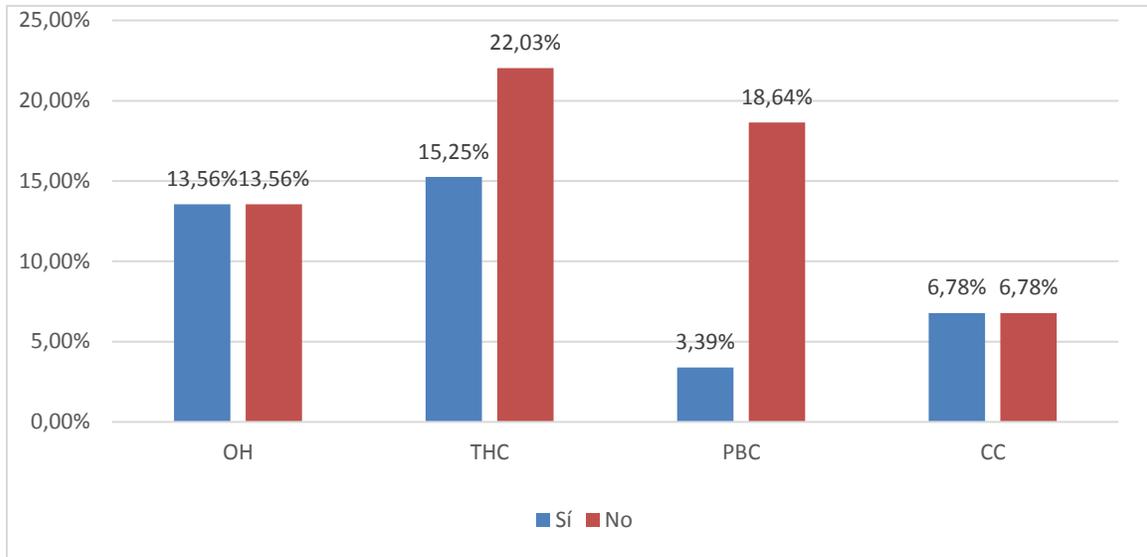


Figura 1. Sustancias Psicoactivas y Deprivación Emocional

Si guiendo, se presenta el esquema de abandono, que es el segundo del dominio de Desconexión y Rechazo. Como se puede ver, los grupos de consumidores de alcohol y marihuana representan al 50% de residentes que tienen dicho esquema, seguido del PBC y el CC. Mientras que el 16.95% de los residentes no sienten el esquema, siendo los residentes de THC, lo que tienen mayor porcentaje de representación (10.17%).

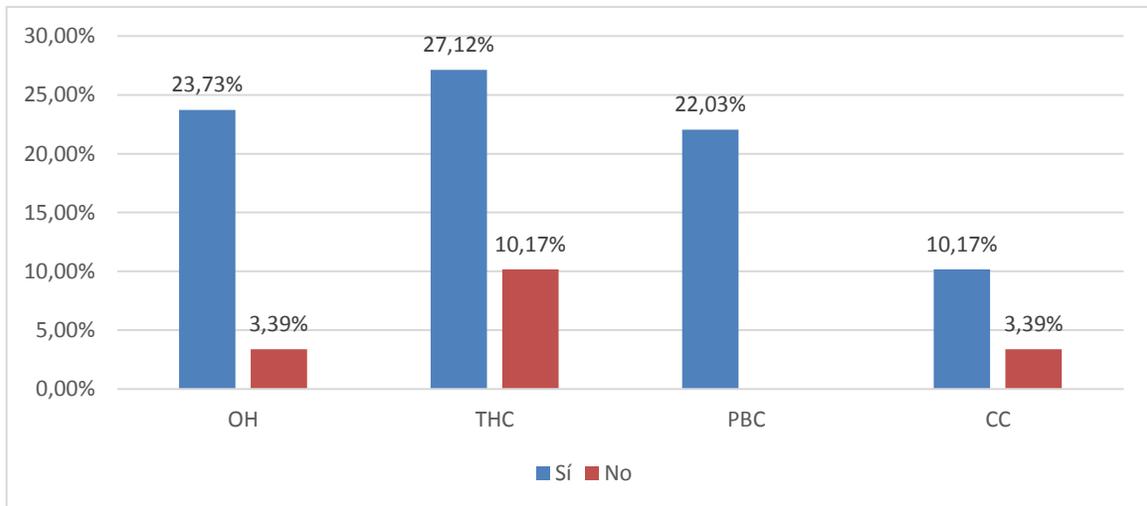


Figura 2. Sustancias Psicoactivas y Abandono

Seguendo con el tercer esquema del primer dominio, se observa que los grupos con mayor desconfianza y abuso son los de THC y PBC, el 38.98% de los residentes, además se observa que el 32.2% los consumidores de OH y THC no presentan el esquema.

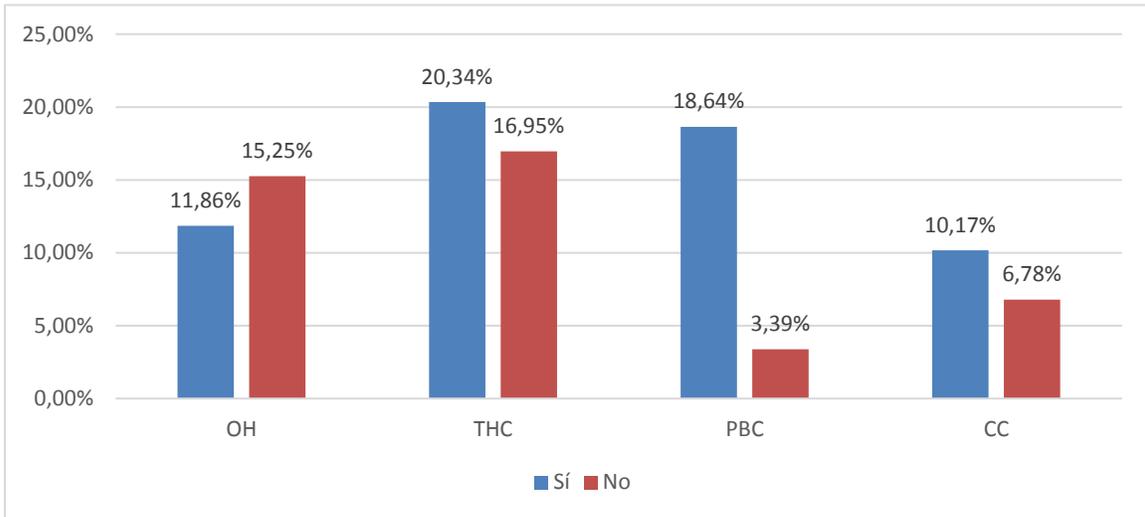


Figura 3. Sustancias Psicoactivas y Desconfianza/Abuso

En el esquema de Defectuosidad/Vergüenza, se observa que en los cuatro grupos, predominan los residentes que no tienen dicho esquema, siendo los grupos de OH y THC, los que poseen mayor cantidad de residentes sin el esquema (47.46%), mientras que los grupos que tienen mayor porcentaje de este esquema son los de THC y PBC (18.64%).

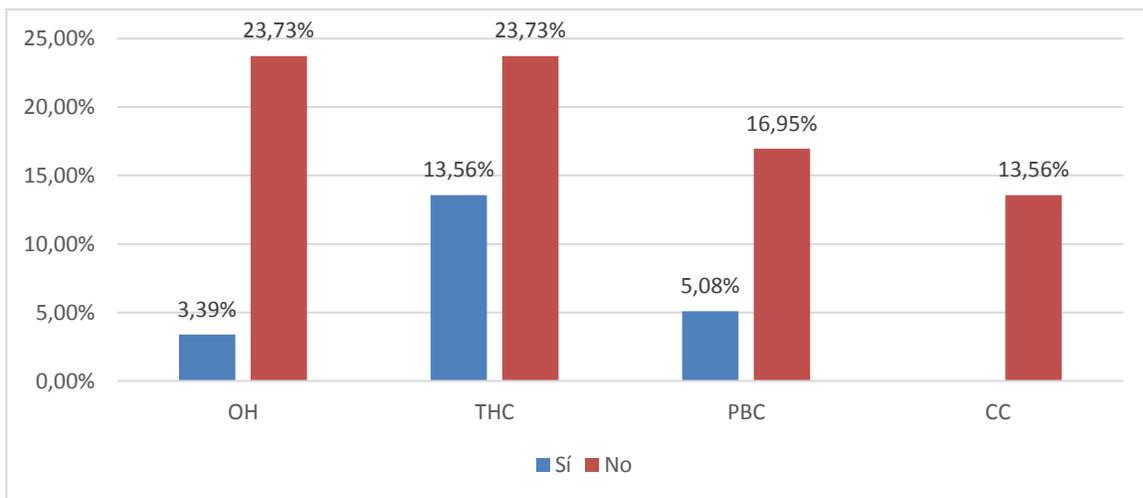


Figura 4. Sustancias Psicoactivas y Defectuosidad/Vergüenza

En el esquema de Aislamiento Social, se observa que en los grupo de OH, THC y CC predominan los que no tienen el esquema, siendo 54.24 de los residentes. Sin embargo, podemos ver que de los residentes que consumen PBC, la mayoría si posee este esquema, frente a los que no tienen (15.25% > 6.78%). Además, el grupo de THC cuenta con el segundo mayor grupo de residentes con el esquema (13.56%).

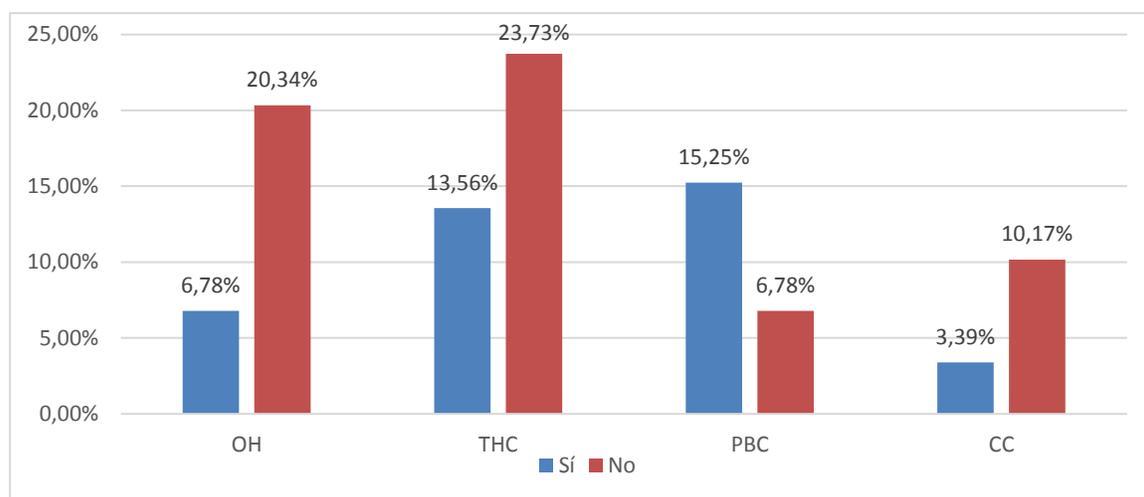


Figura 5. Sustancias Psicoactivas y Aislamiento Social

En el esquema de Dependencia/Incompetencia, que pertenece al dominio Deterioro en Autonomía y Desempeño, se observa que en los cuatros grupos, hay más residentes que no tienen dicho esquema, siendo los del THC, el grupo con mayor residentes sin el esquema (22.03%), seguido de los grupos OH y PBC (37.28%). Mientras tanto, los grupos donde hay mayor grupos con el esquema, son el THC (15.25%) y OH (8.47%).

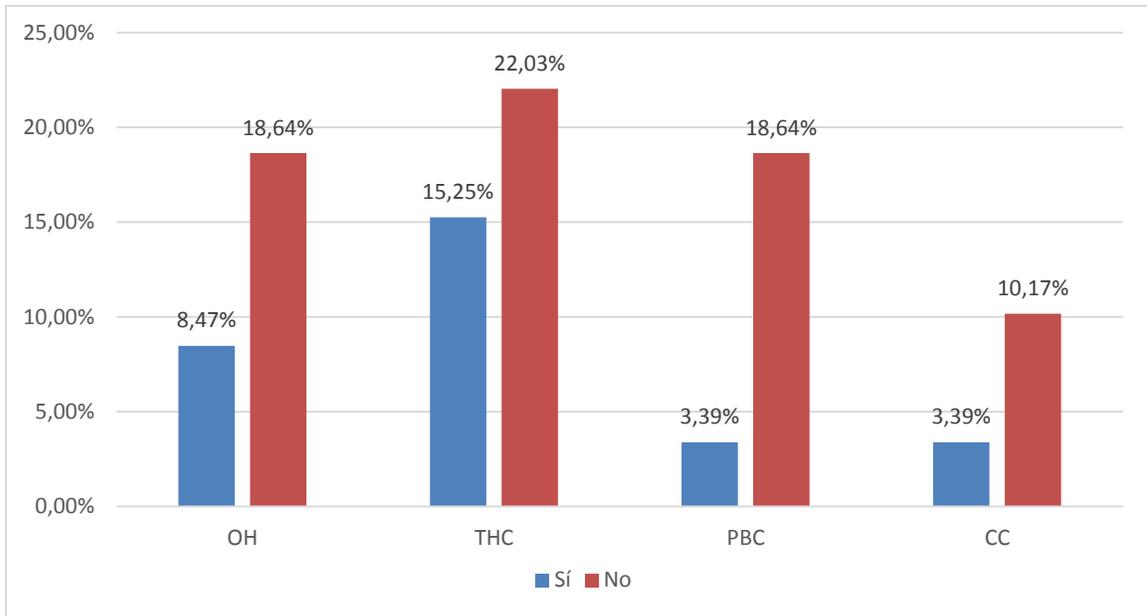


Figura 6. Sustancias Psicoactivas y Dependencia/Incompetencia

En el segundo esquema Vulnerabilidad a daño-Enfermedad del segundo dominio, se observa que en tres grupos, la mayoría de los residentes presentan el esquema (OH, PBC y CC), quienes representan el 45.76% de los evaluados. Sin embargo, se observa que en el grupo de THC, los residentes que no tienen el esquema son mayores a los que tienen (22.03%>15.25%).

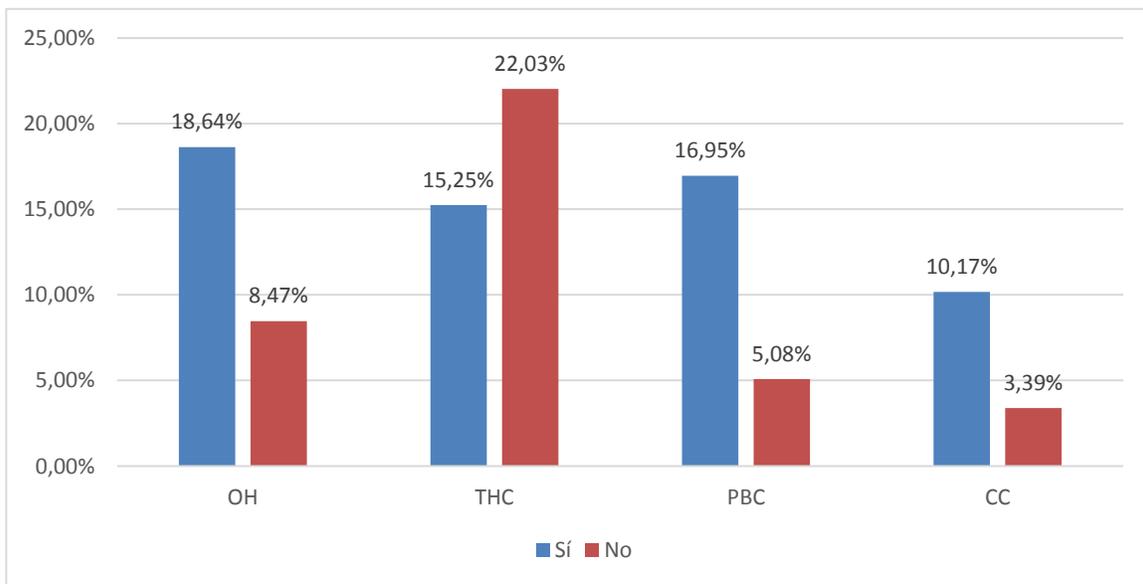


Figura 7. Sustancias Psicoactivas y Vulnerabilidad a daño-enfermedad

En el esquema de Enmarañamiento, se observa que el 64.4% de los residentes sí tienen dicho esquema, siendo los grupos de OH, THC y PBC los predominantes (18.64%, 18.64% y 20.34% respectivamente). Sin embargo, lo mayoría de los residentes que no presentan este esquema están en OH y THC (8.47% y 18.64%).

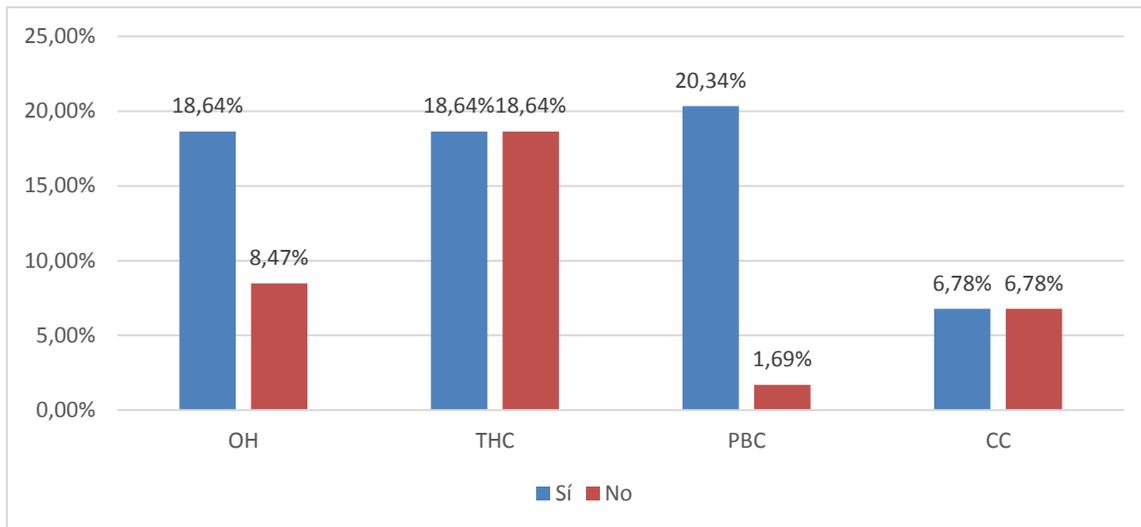


Figura 8. Sustancias Psicoactivas y Enmarañamiento

Para el esquema de Fracaso, se observa que la mayoría de los residentes de los cuatros grupos no presentan dicho esquema, representando el 66.1% de los evaluados, siendo los del OH, THC y PBC los más representativos (20.34%, 20.34% y 15.25%). Por otro lado, se observa que la mayoría de los residentes que sí tienen dicho esquema están en los grupos de OH y THC (35.59%).

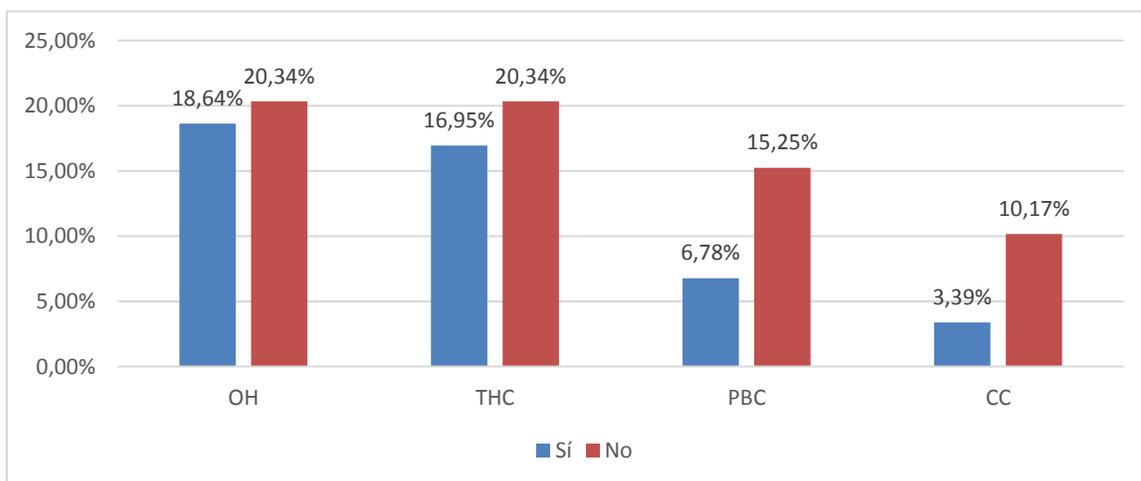


Figura 9. Sustancias Psicoactivas y Fracaso

Seguendo con los dominios, se sigue con el Deterioro a los demás y tiene 3 esquemas. Iniciando con el Sometimiento, donde el 52.64% de los residentes no tienen el esquema, y los grupos más representativos son el OH y THC, con 19.30% y 22.81% respectivamente. Además los grupos donde hay mayor residentes con el esquema son el THC y PBC (14.04% y 15.79%).

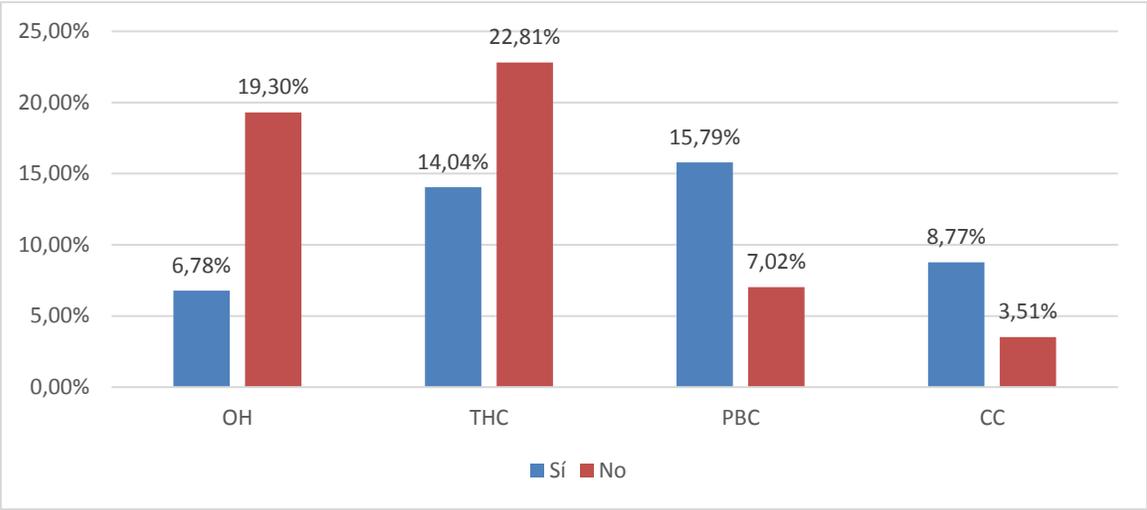


Figura 10. Sustancias Psicoactivas y Sometimiento

En el esquema de Auto-sacrificio, se observa que en tres grupos, la mayoría de los residentes presenta el esquema, siendo el THC y PBC, los grupos con mayor representación (23.73% y 16.95%). Además, se observa que más residentes del grupo OH no tienen el esquema (16.95% > 10.17%).

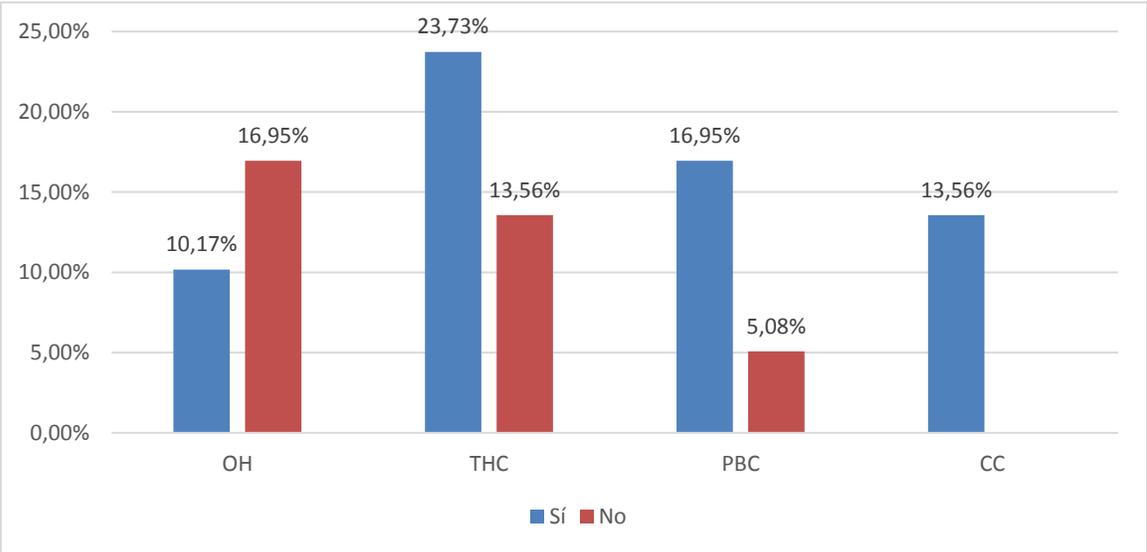


Figura 11. Sustancias Psicoactivas y Auto-sacrificio

Siguiendo, el último esquema del dominio Deterioro en la Dirección de los demás, se observa que la mayoría de los residentes de THC y PBC se identifican con este esquema (22.03% para ambos grupos). Mientras que los grupos con mayor presentación que no se identifican son del OH y THC (13.56% y 15.25%).

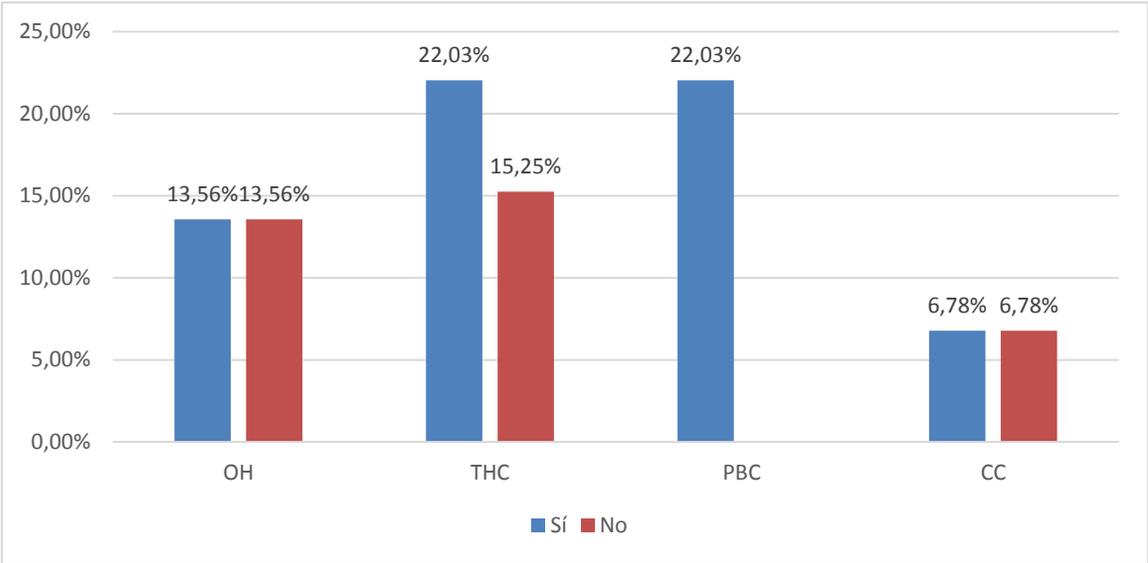


Figura 12. Sustancias Psicoactivas y Búsqueda de Aprobación

Continuando, se presenta los esquemas del dominio Sobrevigilancia e Inhibición, empezando con el esquema de Pesimismo negativo, donde el 66.1% de los residentes tienen dicho esquema y los grupos más representativos están en el OH y PBC, mientras, se observa que en el grupo de THC existe un gran porcentaje de residentes que no tienen el esquema (20.34%), un porcentaje muy superior al de los otros grupos de residentes.

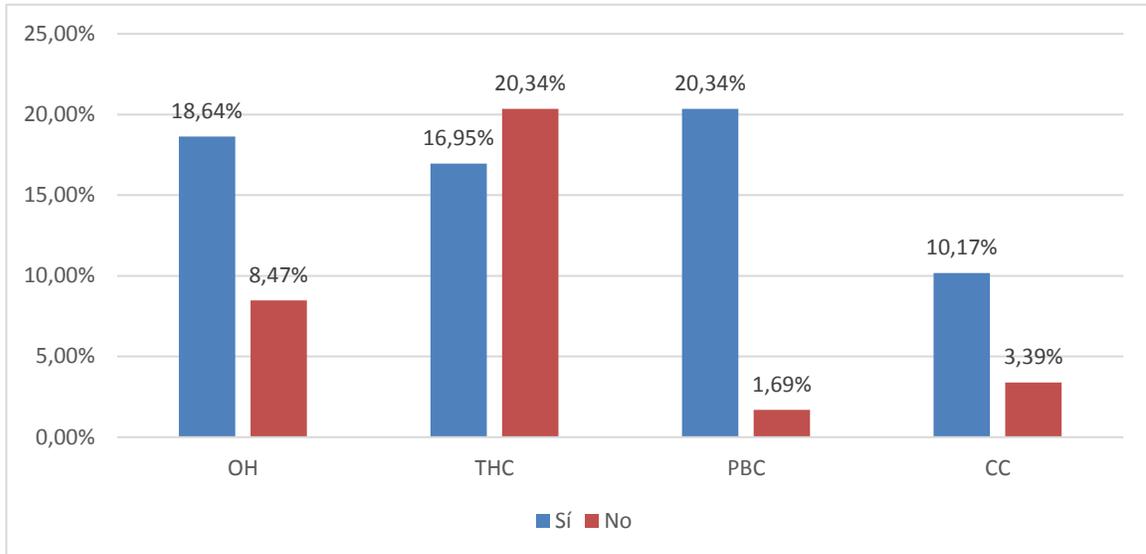


Figura 13. Sustancias Psicoactivas y Pesimismo Negativo

El siguiente esquema, la Inhibición Emocional, se puede observar que en los cuatros grupos, la mayoría de los residentes presentan el esquema, siendo el OH y THC lo más representativos (18.64% y 28.81%), mientras, se observa que solo en tres grupos, hay un pequeño porcentaje de residentes sin el esquema, el OH, el THC y PBC (8.47%, 8.47% y 6.78%).

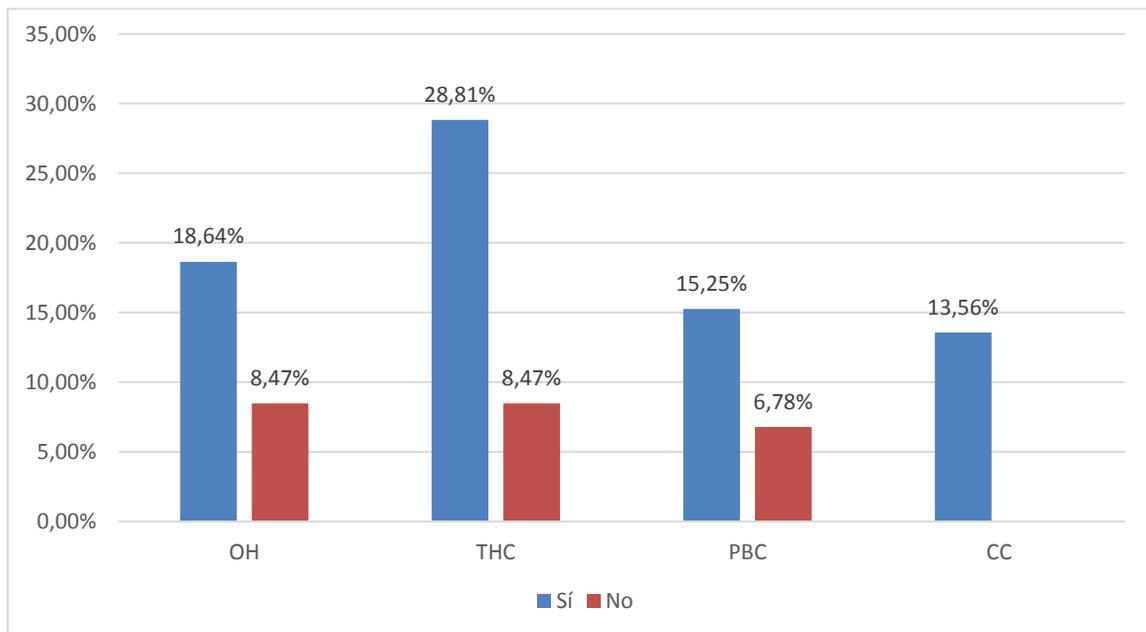


Figura 14. Sustancias Psicoactivas e Inhibición Emocional

En el esquema Estándares Inalcanzables, se observa el 91.52% de los residentes lo presentan, siendo los grupos de OH y THC, donde hay mayor porcentaje de residentes (27.12% y 28.81%), sin embargo, un 8.47% de los residentes indica que no presenta dicho esquema (THC).

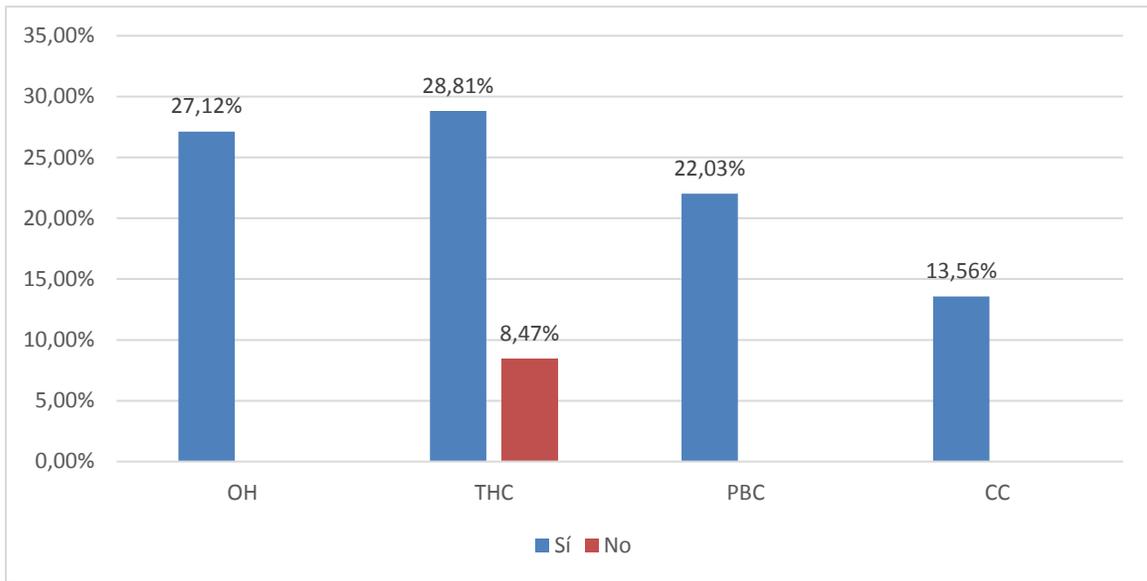


Figura 15. Sustancias Psicoactivas y Estándares Inalcanzables

En el esquema de Auto-castigo, se observa que en el grupo de OH, el 27.12% de los residentes tienen el esquema, así como 13.56% del grupo CC. Mientras tanto, se observa que el 22.03% de los residentes de THC y el 13.56% de OH, y PBC no cuentan con el esquema.

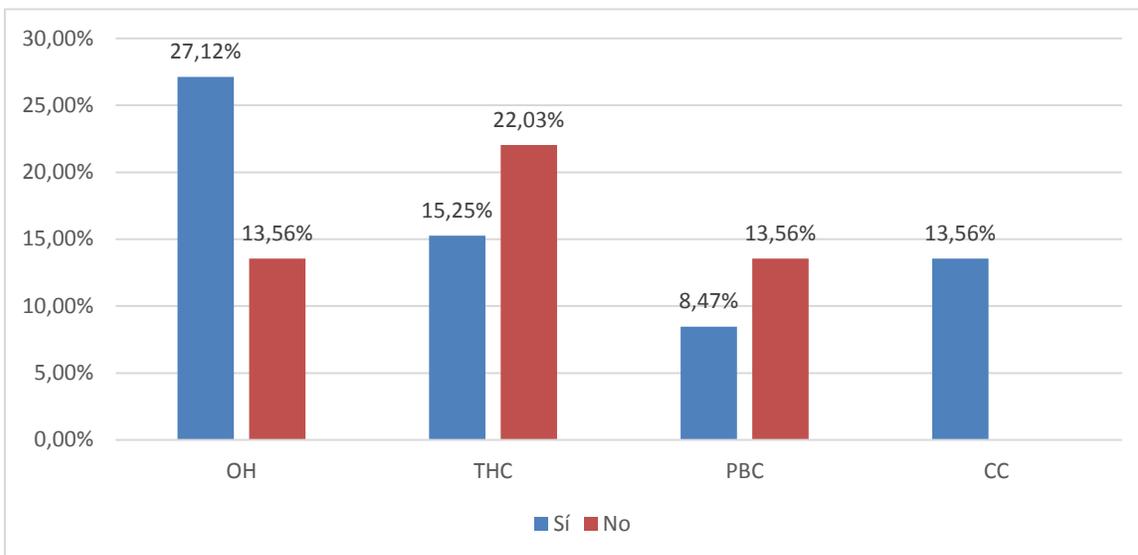


Figura 16. Sustancias Psicoactivas y Autocastigo

Siguiendo, con el último dominio Deterioro de Límites, que tiene dos esquemas. En donde, el primer esquema es Sobrevaloración/grandiosidad, se observa que en los cuatros grupos, predominan los residentes que tienen el esquema, siendo los grupos OH y THC los mayores grupos con 20.34% en ambos grupos, así mismo, se observa que el grupo THC hay el mayor porcentaje de residentes que no tienen el esquema (16.95%).

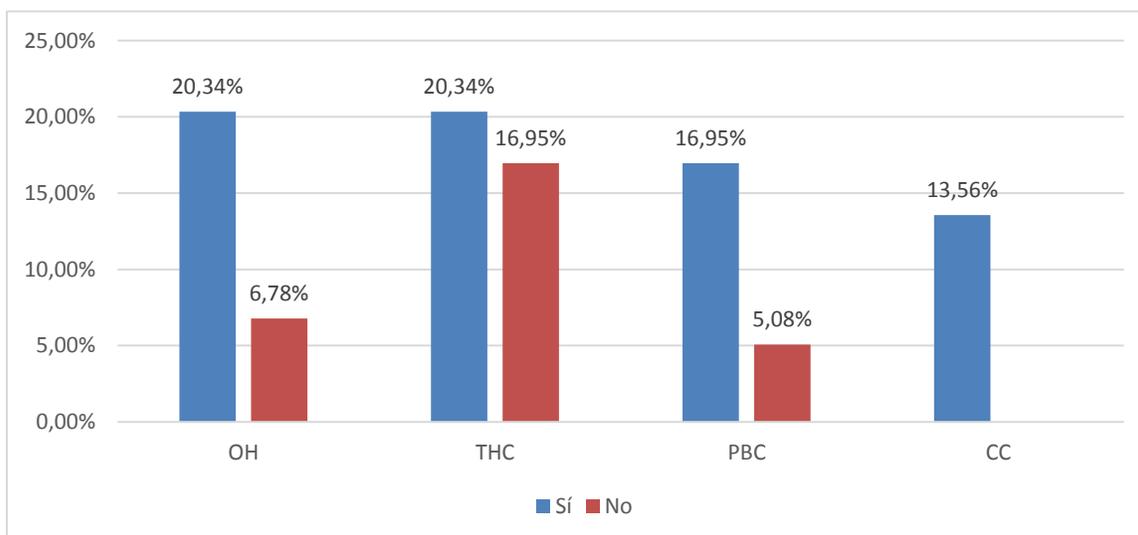


Figura 17. Sustancias Psicoactivas y Sobrevaloración/grandiosidad

Finalmente, en el último esquema de Insuficiente Autocontrol, se puede observar, que los grupos de OH y PBC tienen el mayor porcentaje de residentes

con dicho esquema, además en el grupo de CC, todos tienen el esquema, sumando un total de 54.24% de los residentes. Con respecto a los residentes que no tienen el esquema, se observa al grupo de OH y THC (10.17% y 18.64%).

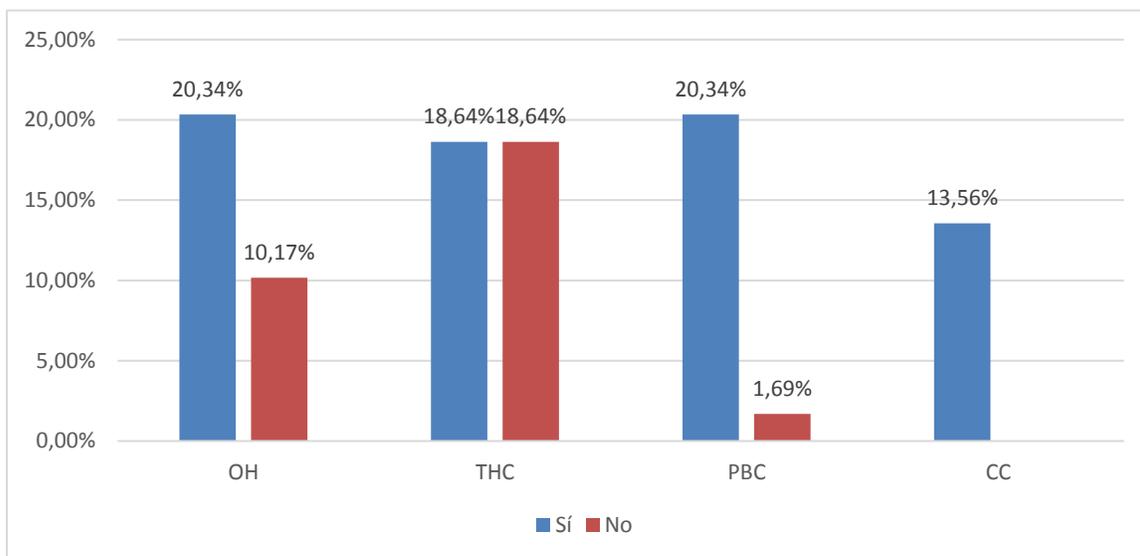


Figura 18. Sustancias Psicoactivas e Insuficiente autocontrol

Continuando con la presentación de los resultados, según las hipótesis, se presentan cada una de los esquemas, tomando en cuenta si existe alguna comorbilidad con algún trastorno mental. Iniciando con el esquema Deprivación Emocional, del dominio Desconexión y Rechazo. Como se puede observar, el 27.12% de los residentes que tienen comorbilidad, presentan el esquema frente al 11.68% que no tiene, lo mismo entre los residentes que no presentan el esquema, pero si la comorbilidad, frente a los que no tienen la comorbilidad (32.20%>28.81%).

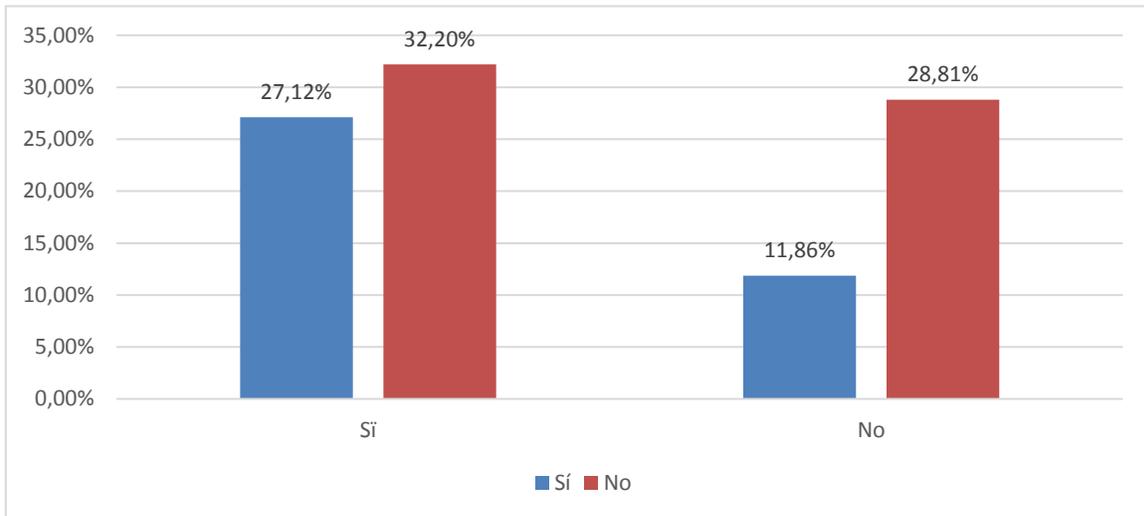


Figura 19. Comorbilidad y Deprivación Emocional

En el esquema de Abandono, se observa que la mayoría de los residentes que tienen comorbilidad presentan el esquema, frente a los que no tienen (54.24%>28.81%). Mientras tanto, se observa que más residentes que no tienen comorbilidad no presentan el esquema, frente a los que tienen (11.86%>5.08%).

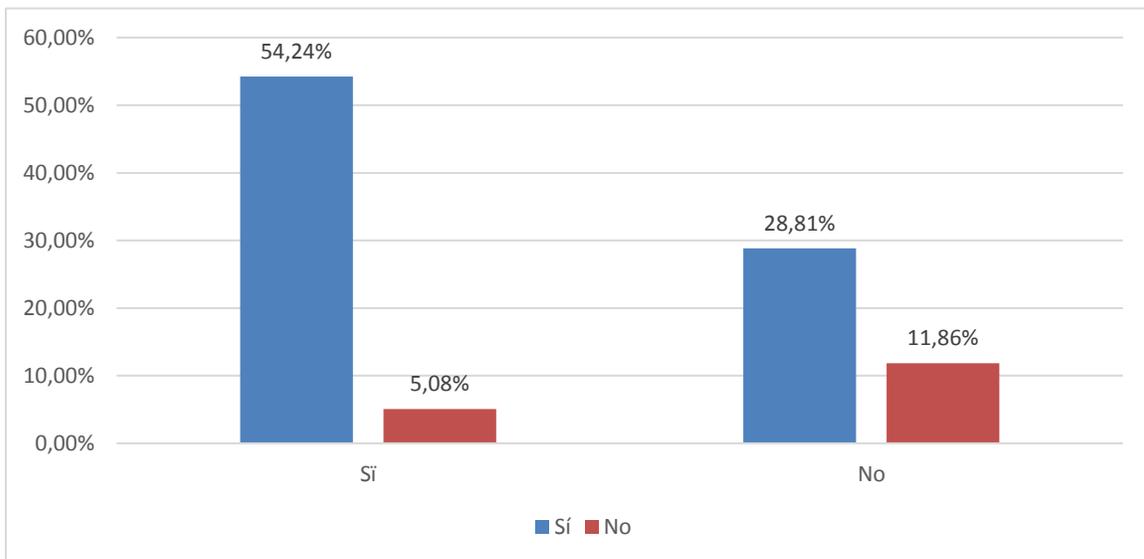


Figura 20. Comorbilidad y Abandono

En el esquema de Desconfianza/Abuso, se observa que los residentes que tienen comorbilidad presentan más residentes con este esquema frente a los que no tienen comorbilidad (37.29%>23.73%). También se observa que los residentes con comorbilidad que no tienen el esquema, superan a los que no tienen comorbilidad (22.03%>16.94%).

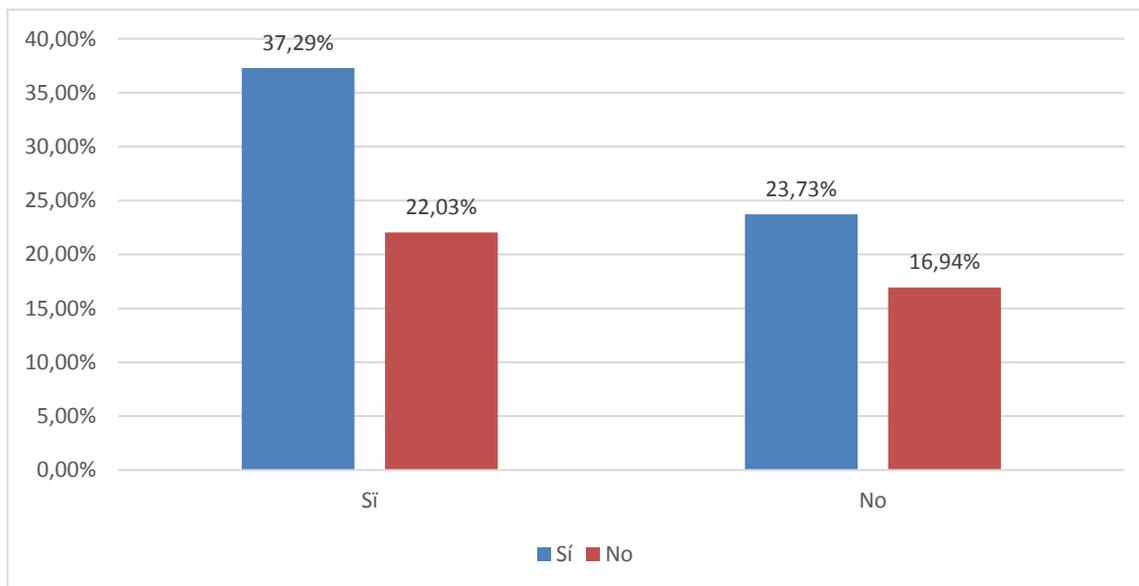


Figura 21. Comorbilidad y Desconfianza/Abuso

En el esquema Defectuosidad/Vergüenza, los residentes que tienen y no comorbilidad presentan el mismo porcentaje de no tener el esquema (38.98%). Sin embargo, al comparar los que sí tienen el esquema, los residentes con comorbilidad tiene un mayor porcentaje (20.34%>1.69%).

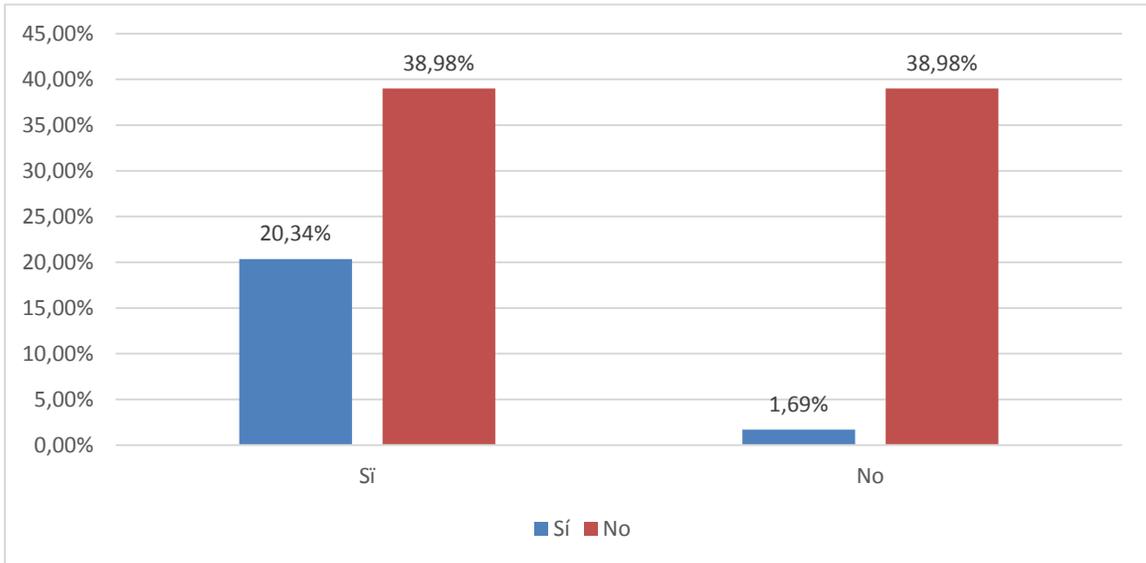


Figura 22. Comorbilidad y Defectuosidad/Vergüenza

En el esquema de Aislamiento Social, se observa que los residentes que tienen comorbilidad presentan un mayor porcentaje de no tener el esquema (38.98%>22.03%). Así mismo, los residentes con comorbilidad con el esquema, representan un mayor porcentaje que los que no tienen comorbilidad (20.34%>18.64%).

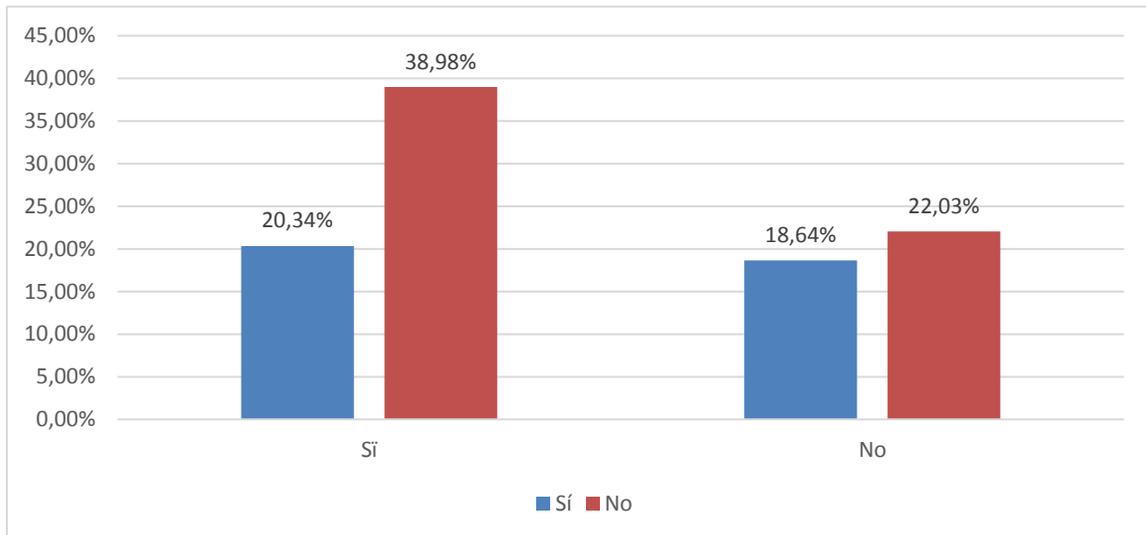


Figura 23. Comorbilidad y Aislamiento Social

En el esquema de Dependencia/Incompetencia, se observa que los residentes que tienen no comorbilidad presentan un mayor porcentaje de no tener

el esquema (37.29%>32.20%). Así mismo, los residentes con comorbilidad con el esquema, representan un mayor porcentaje que los que no tienen comorbilidad (27.12%>3.39%).

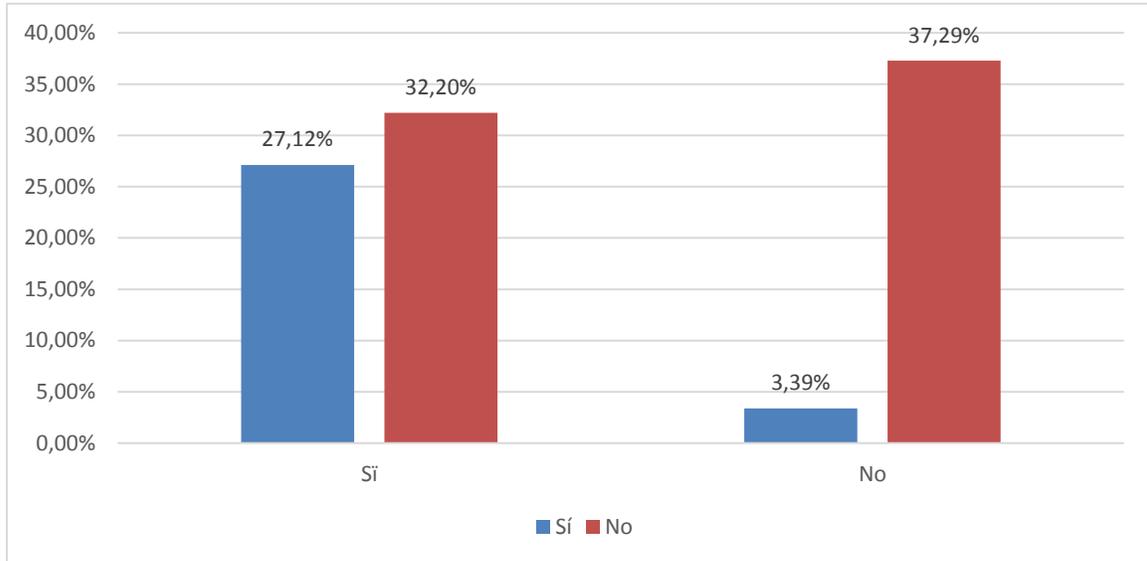


Figura 24. Comorbilidad y Dependencia/Incompetencia

Iniciando con el siguiente dominio de Deterioro en Autonomía y Desempeño, se observa el esquema Vulnerabilidad a daño-enfermedad, donde los residentes con comorbilidad presentan mayor porcentaje con el esquema (49.15%>11.86%), no obstante, los residentes que no tienen comorbilidad presentan mayor número sin el esquema (28.81%>10.17%).

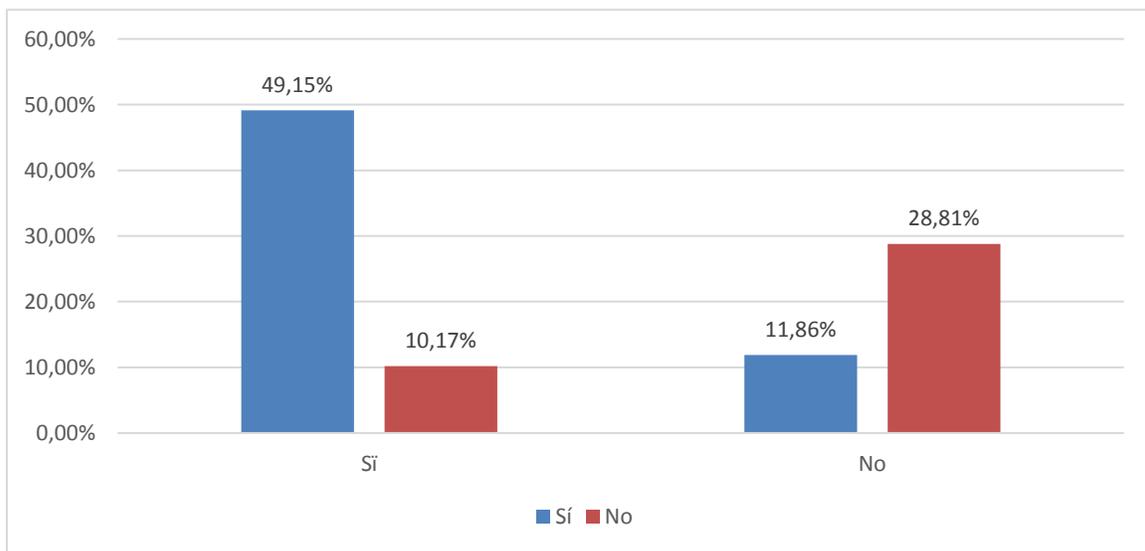


Figura 25. Comorbilidad y Vulnerabilidad a daño-enfermedad

En el esquema Enmarañamiento, se observa que los residentes que tienen comorbilidad, agrupan un mayor número de individuos con el esquema (49.15% > 15.25%). Sin embargo, los residentes sin comorbilidad superan a los que tienen, en la ausencia del esquema (28.81% > 10.17%).

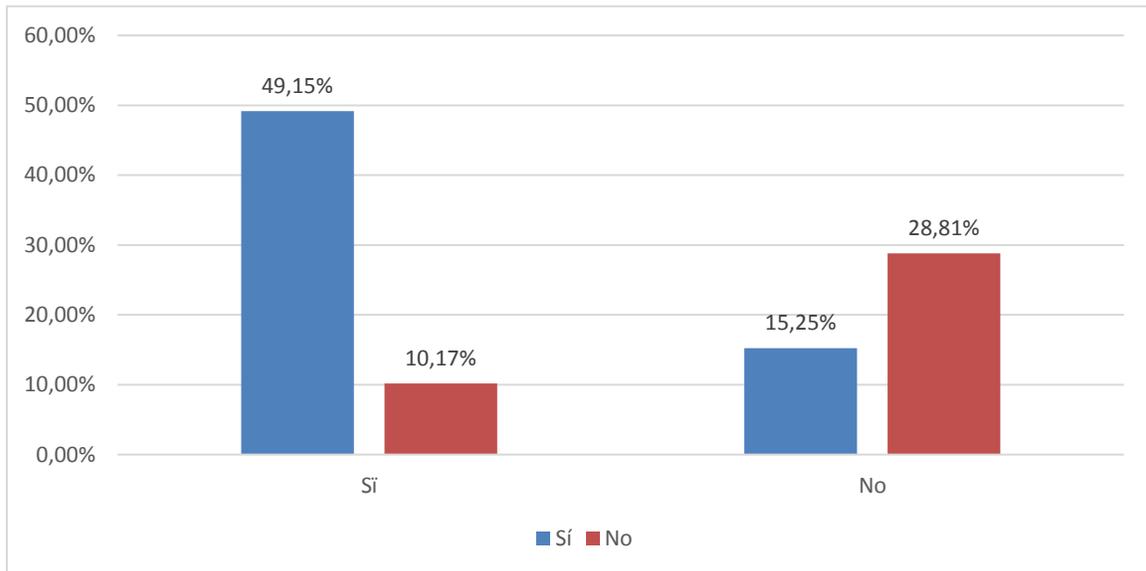


Figura 26. Comorbilidad y Enmarañamiento

Continuando, en el esquema Fracaso se observa que el número de residentes que tienen el esquema es mayor en el grupo de presencia de comorbilidad (28.81% > 5.08%). Mientras que en los residentes que no tienen el esquema, hay mayor porcentaje en los que no tienen comorbilidad (35.59% > 30.51%).

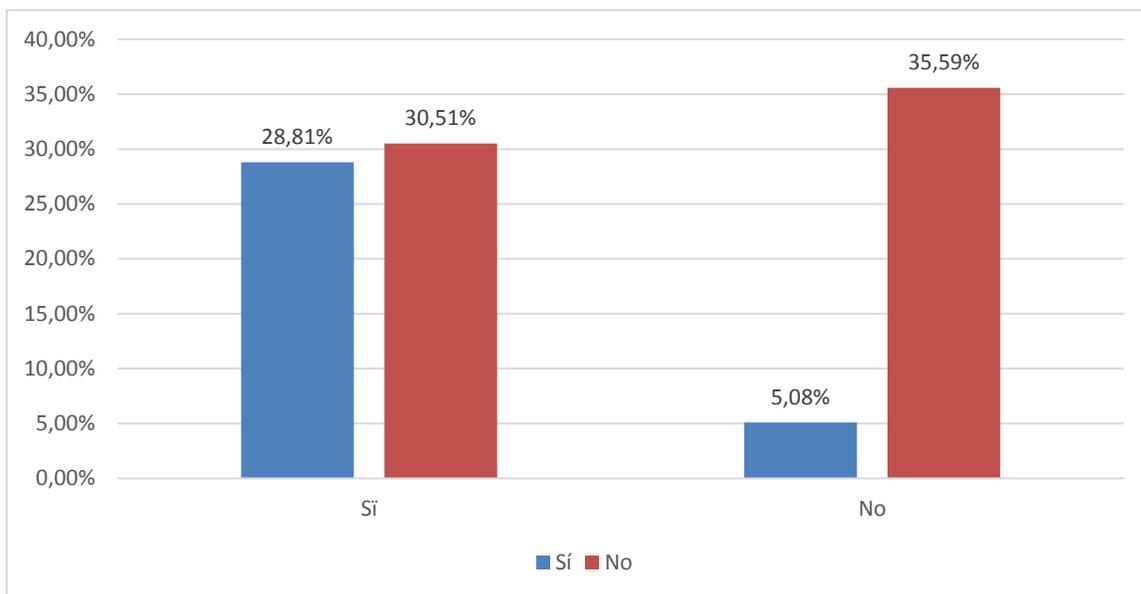


Figura 27. Comorbilidad y Fracaso

Siguiendo con los dominios, se inicia con el Deterioro en Dirección a los demás, siendo el primer esquema, el sometimiento, donde el 40.35% de los que tienen el esquema, tienen comorbilidad, frente al 7.02% que no tiene comorbilidad. Así mismo, al comparar los que no presentan el esquema, los residentes que no tienen comorbilidad tiene un mayor porcentaje (35.09%) frente al 17.54% que sí tienen.

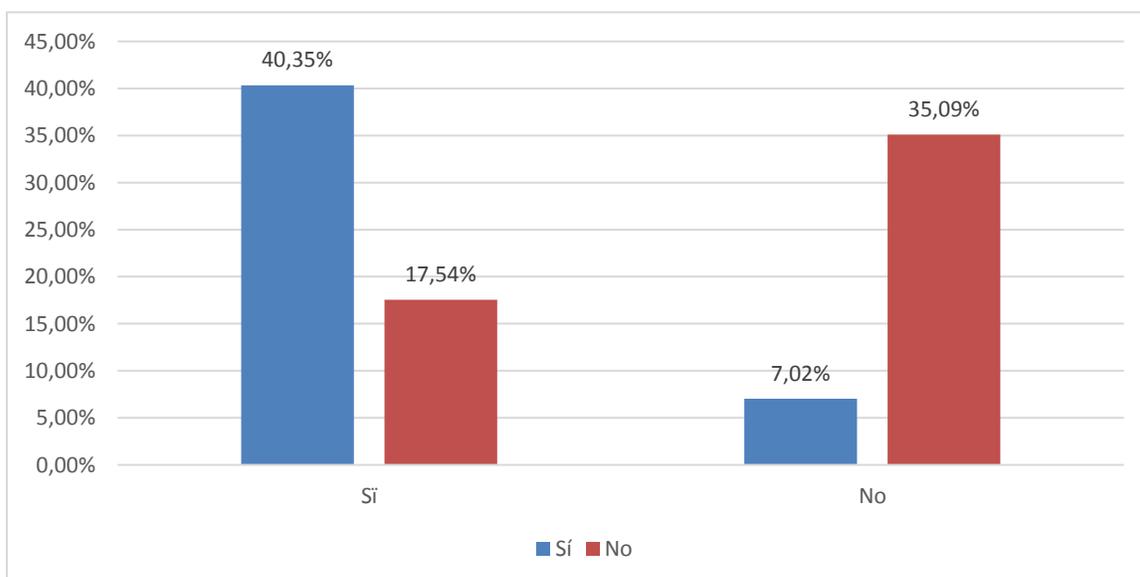


Figura 28. Comorbilidad y Sometimiento

En el esquema de Auto-sacrificio, se observa que los residentes con comorbilidad que tienen el esquema son 49.15%, frente al 15.25% de residentes que no tienen comorbilidad. Así mismo, al comprar los que no presenten el esquema, se puede ver que los residentes que no tienen comorbilidad son mayores que los que tienen (25.42%>10.17%).

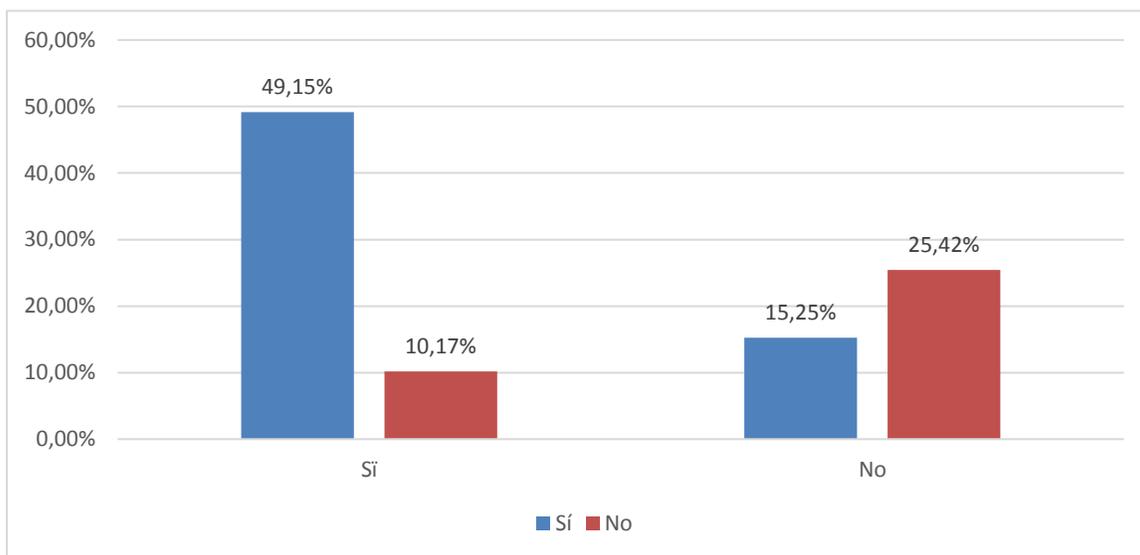


Figura 29. Comorbilidad y Auto-sacrificio

En el esquema de Búsqueda de Aprobación, los residentes que tienen el esquema y comorbilidad son el 45.76% frente al 18.64% de pacientes que no tienen la comorbilidad. Además, los residentes que no tienen comorbilidad superan a los residentes que si tienen en quien no tiene el esquema (22.03%>13.56%).

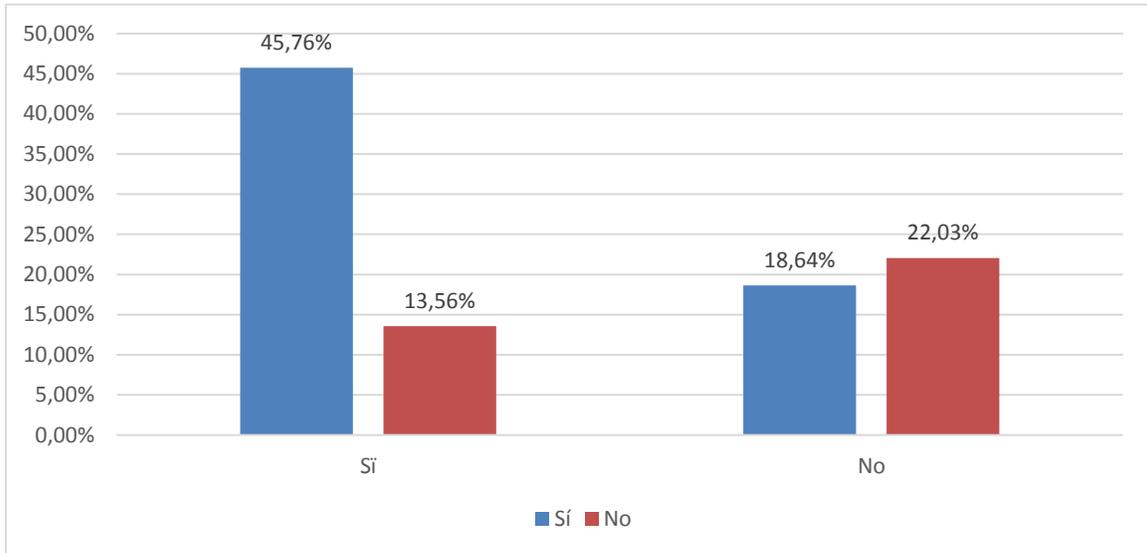


Figura 30. Comorbilidad y Búsqueda de Aprobación

Continuando con los dominios, se continúa con la Sobrevigilancia e Inhibición, empezando con el esquema Pesimismo Negativo, en donde se observa que los residentes con comorbilidad tienen un mayor porcentaje del esquema que los residentes sin comorbilidad ($49.15\% > 16.95\%$). Además, se observa que los residentes sin comorbilidad superan a los que sí tienen, en la ausencia del esquema ($23.73\% > 13.56\%$).

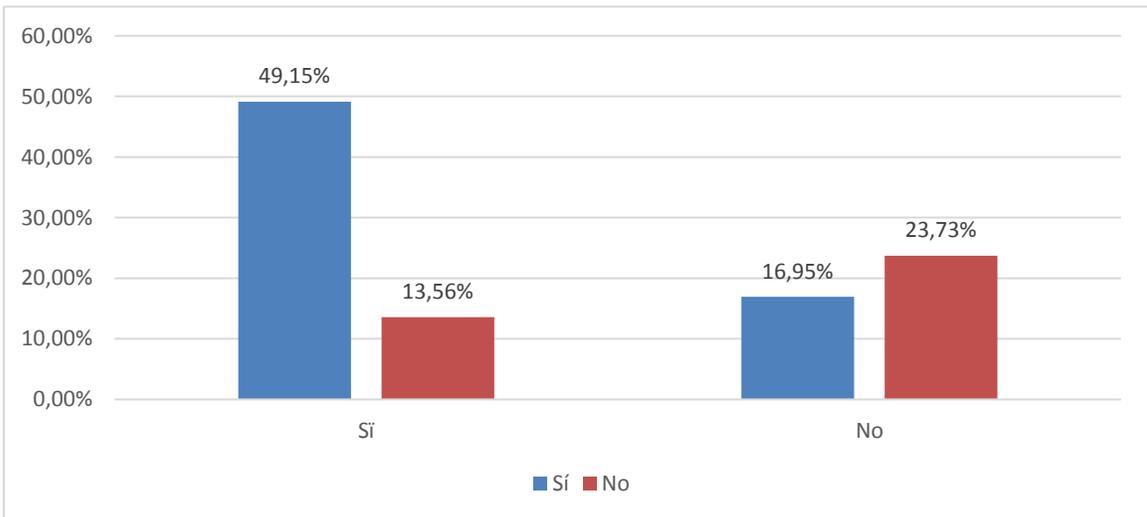


Figura 31. Comorbilidad y Pesimismo Negativo

El siguiente esquema es la Inhibición Emocional, donde los residentes con comorbilidad superan a los que no tienen en la presencia del esquema

(49.15%>16.95%). Además, se observa que los residentes que no tienen comorbilidad superan a los si tienen en la ausencia del esquema (23.73%>13.56%).

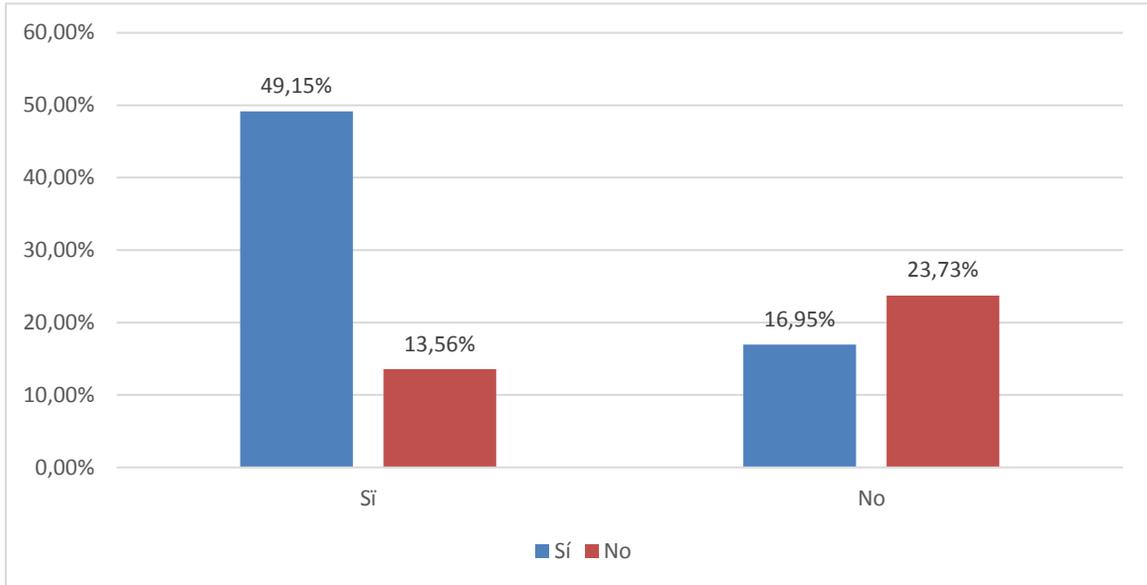


Figura 32. Comorbilidad e Inhibición Emocional

En el esquema de Estándares Inalcanzables, se observa que todos los residentes con comorbilidad presentan el esquema, además de ser un mayor porcentaje que los que no tienen comorbilidad (59.32%>32.20%). Siendo solo el 8.47% de los residentes que no tienen comorbilidad, los que no presentan el esquema.

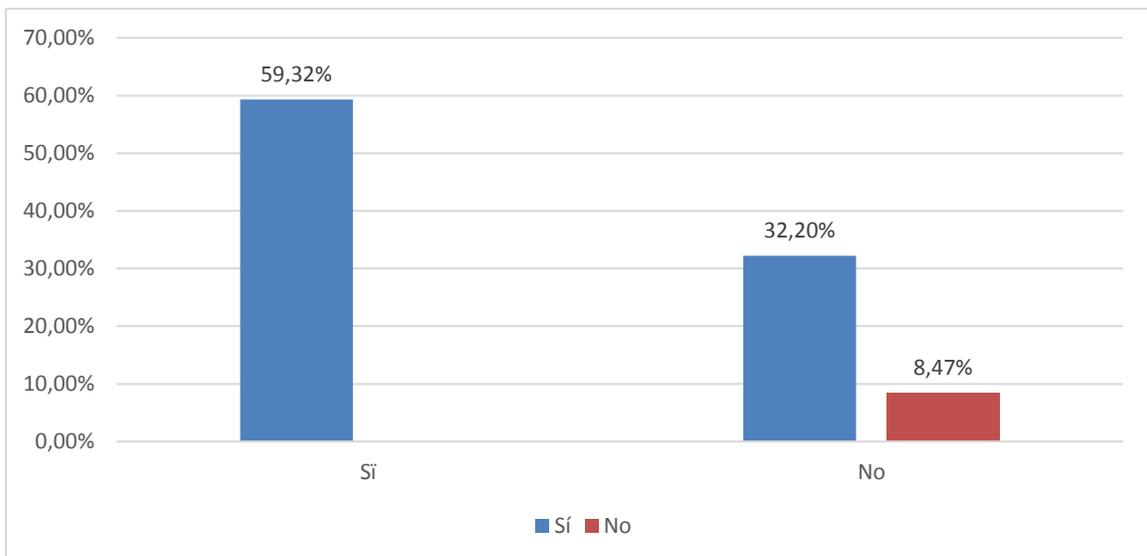


Figura 33. Comorbilidad y Estándares Inalcanzables

En el esquema de Autocastigo, se observa que el 37.29% de los residentes que tienen comorbilidad, presentan el esquema, frente al 13.56% de residentes que no tienen comorbilidad. Así mismo, se observa que los residentes sin comorbilidad, superan en ausencia del esquema a los que sí tienen comorbilidad (27.12%>22.03%).

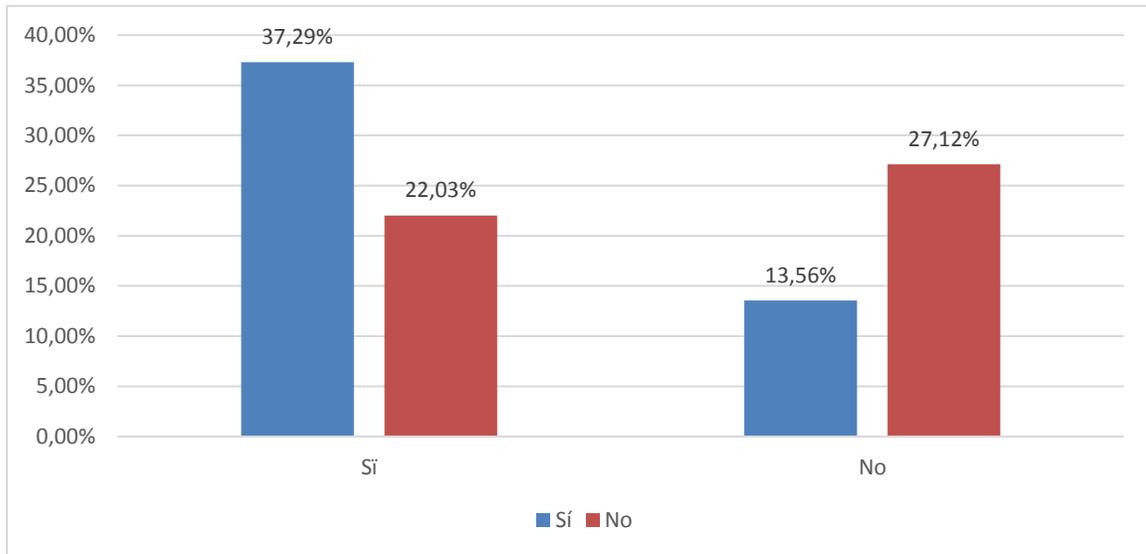


Figura 34. Comorbilidad y Autocastigo

Finalmente, en el último dominio Deterioro de Límites, donde hay dos esquemas, se inicia con el esquema de Sobrevaloración/grandiosidad, donde el 52.54% de los residentes con comorbilidad, presentan dicho esquema, en comparación con el 18.64% de residentes que no tienen la comorbilidad, así mismo, se observa que el porcentaje de los que no tienen el esquema es mayor en los que no tiene comorbilidad (22.03%>6.78%).

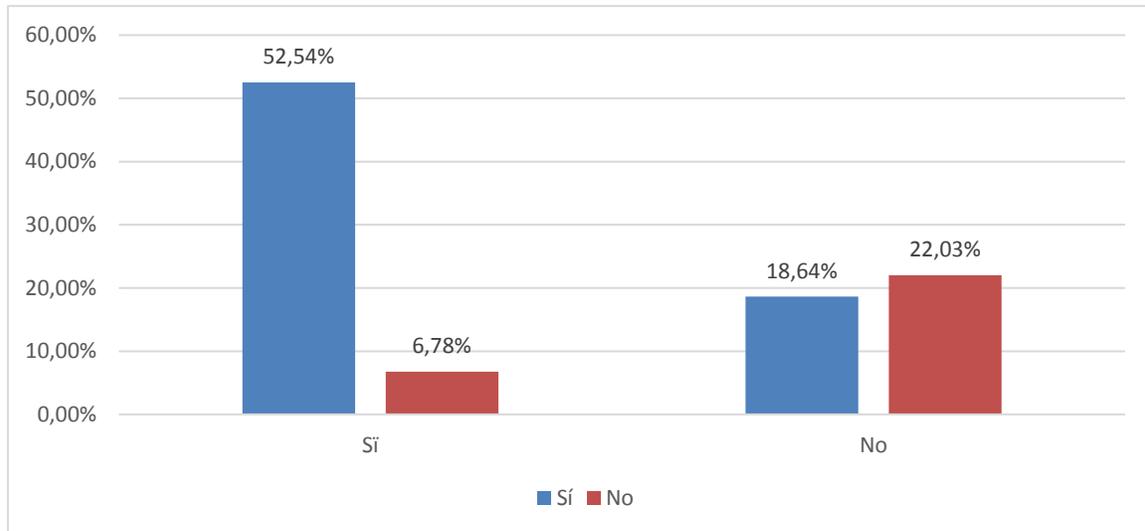
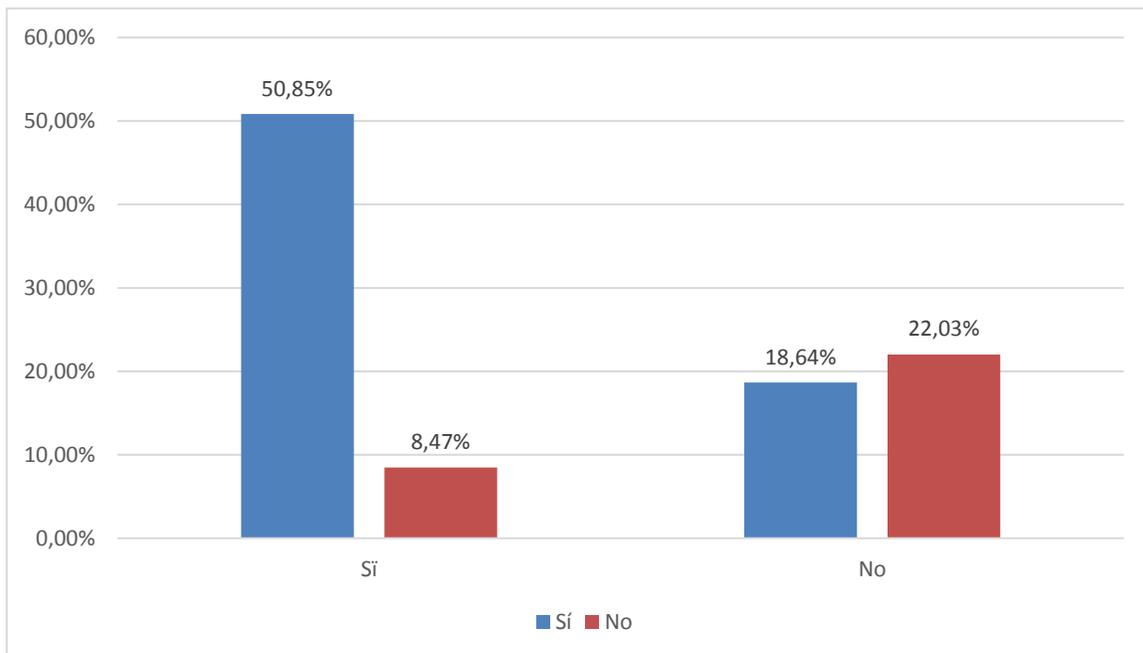


Figura 35. Comorbilidad y Sobrevaloración/grandiosidad

En el último esquema Insuficiente Autocontrol, se observa que los residentes con comorbilidad con el esquema son el 50.85% frente al 18.64% de los que no tienen el esquema. Así mismo, los residentes que no tienen comorbilidad y el esquema superan a los residentes que si tienen comorbilidad (22.03%>8.47E1%).

Figura 36. Comorbilidad e Insuficiente Autocontrol



Esquemas Maladaptativos y las Sustancias Psicoactivas

Una vez finalizado la presentación de los resultados obtenidos, según las hipótesis planteadas. Se presenta los resultados inferenciales que corresponden a sus respectivas hipótesis. La primera que es la hipótesis general, donde se indica que existen diferencias significativas entre los esquemas maladaptativos temprano y el tipo de dependencia a sustancias psicoactivas de los residentes de un Centro de Rehabilitación de Lima. Como se sabe, los esquemas adaptativos son 18, y están agrupados en 5 dominios. El primer dominio a presentar es la Desconexión y Rechazo, que cuenta con 5 esquemas, empezando con Deprivación Emocional. Como se puede ver en la Tabla 1, el valor p no es significativo. Lo cual indica que no existe diferencia significativa del esquema, según el tipo de sustancia psicoactiva consumida por los residentes, sin embargo, el rango promedio es mayor a 15, lo cual indica que en ambos grupos está la presencia del esquema.

Tabla 1.

Comparación de la Deprivación Emocional, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	P
OH	27.28	0.639	0.887
THC	31.16		
PBC	31.69		
CC	29.50		

*p<0.05

Para el segundo esquema Abandono (Tabla 2), se observa que tampoco existe diferencia significativa, con un p valor mayor a 0.05 (0.187). Además, al ver el rango promedio de los cuatro grupos, se observa que el esquema está presente en todos los grupos y que existe una gran diferencia numérica entre los grupos de OH y PBC, y de THC y CC.

Tabla 2.

Comparación del Abandono, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	P
OH	35.06	4.798	0.187
THC	25.70		
PBC	34.73		
CC	24		

*p<0.05

Para el tercer esquema Desconfianza/abuso, (Tabla 3) se observa que no existe diferencia significativa, siendo el p-valor mayor a 0.05 (0.087). Además, se evidencia que el esquema está presente en todos los grupos, siendo los más altos en PBC y CC.

Tabla 3.

Comparación de la Desconfianza/Abuso, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	P
OH	26.94	6.558	0.087
THC	25.30		
PBC	39.50		
CC	33.63		

*p<0.05

En el siguiente esquema Defectuosidad/Vergüenza, (Tabla 4) se evidencia que no existe diferencia significativa, con un p-valor mayor a 0.05 (0.087). También, se observa que el rango promedio indica que los cuatro grupos presentan este esquema, y el grupo con mayor diferencia es el OH.

Tabla 4.

Comparación de la Defectuosidad/Vergüenza, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	p
OH	34.72	2.094	0.553
THC	28.05		
PBC	30.35		
CC	25.38		

*p<0.05

Para finalizar el primer dominio, se presenta el esquema Aislamiento Social, (Tabla 5) donde su p-valor indica que no existe diferencia significativa (0.241>0.05). Igualmente, el rango promedio indica que todos cuatro grupos presentan dicho esquema, y que existe una gran diferencia numérica entre el PBC y el CC.

Tabla 5.

Comparación del Aislamiento Social, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	p
OH	28.97	4.195	0.241
THC	29.73		
PBC	36.96		
CC	21.50		

*p<0.05

Continuando con los dominios, se continúa con el Deterioro en Autonomía y Desempeño, (Tabla 6) con el primer esquema Dependencia/incompetencia. Como indica el p-valor, no existe diferencia significativa y al ver el rango promedio de los grupos, se observa que en todos está presente el esquema.

Tabla 6.

Comparación de la Dependencia/Incompetencia, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	p
OH	30.31	1.555	0.670
THC	31.41		
PBC	31.46		
CC	23.13		

*p<0.05

Con respecto al esquema Vulnerabilidad, (Tabla 7) se observa que existe una diferencia significativa con un p-valor menor a 0.05 (0.016). Lo cual indica que existe una diferencia significativa del rango promedio del esquema entre los grupos. Al observar, se evidencia que el grupo CC tiene un mayor rango promedio, mientras que el THC es el menor de todos, además, en todos los grupos se observa que está presente el esquema.

Tabla 7.

Comparación de la Vulnerabilidad, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	P
OH	28.41	10.300*	0.016
THC	22.80		
PBC	36.23		
CC	42.88		

*p<0.05

En el esquema Enmarañamiento, (Tabla 8) se observa que no existe diferencia significativa, con un p-valor mayor a 0.05 (0.217). Además, se observa que todos los grupos están presente dicho esquema. Al presentar el rango, se observa que los grupos con mayor rango son el PBC y el CC.

Tabla 8.
Comparación del Enmarañamiento, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	P
OH	28.13	4.447	0.217
THC	25.57		
PBC	37.04		
CC	34.50		

*p<0.05

En el esquema Fracaso, (Tabla 9) se observa que no existe diferencia significativa, con un p-valor de 0.916, mayor a 0.05. Además, confirma que el esquema está presente en los cuatro grupos, siendo los grupos OH y PBC, los que predominan.

Tabla 9.
Comparación del Fracaso, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	P
OH	31.38	0.514	0.916
THC	28.57		
PBC	31.88		
CC	28.13		

*p<0.05

Continuando con los dominios, se inicia con Deterioro en dirección a los demás, el cual cuenta con tres esquemas, y el primero es Sometimiento. (Tabla 10) En este esquema, no existe diferencia significativa, presentándose un p-valor mayor a 0.05 (0.054). Sin embargo, se evidencia que en los cuatros grupos está presente el esquema, siendo el PBC y el CC, los grupos con mayor rango que el resto.

Tabla 10.
Comparación del Sometimiento, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	P
OH	22.72	7.639	0.054
THC	27.84		
PBC	37.54		
CC	38.25		

*p<0.05

El siguiente esquema, es Autosacrificio, (Tabla 11) observándose que no existe diferencia significativa, con un p-valor de 0.090, mayor a 0.05. Al ver la media, se observa que el único grupo que cumple con el esquema es el OH, mientras que en el resto, si está presente el esquema.

Tabla 11.
Comparación del Autosacrificio, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de ANOVA.

Sustancias Psicoactivas	Media	F	P
OH	14	2.277	0.090
THC	18		
PBC	17		
CC	19		

*p<0.05

En el esquema Búsqueda de Aprobación, (Tabla 12) se observa que existe diferencia significativa entre los grupos con un p-valor de 0.042, menor a 0.05. Al presentar los grupos, se observa que en todos está presente el esquema, y que el grupo con mayor rango es el THC, mientras que el menor es el OH.

Tabla 12.
Comparación de la Búsqueda de Aprobación, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	P
OH	21.22	8.227*	0.042
THC	32.84		
PBC	38.15		
CC	26.50		

*p<0.05

Siguiendo con los dominios, se presenta al dominio Sobrevigilancia e Inhibición, el cual cuenta con cuatro esquemas, donde el primer esquema es Pesimismo. (Tabla 13) en el cual, se observa que el existe diferencia significativa con un p-valor de 0.022, menor a 0.05. También, se evidencia que el esquema está presenta en los cuatros grupos, que los grupos con mayor rango son el PBC y el CC.

Tabla 13.
Comparación del Pesimismo, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	p
OH	23.59	9.619*	0.022
THC	25.89		
PBC	38.69		
CC	40.00		

*p<0.05

En el esquema Inhibición Emocional, (Tabla 14) se observa que no existe diferencia significativa entre los grupos evaluados. Y al observar las medias, se evidencia que el esquema está presente en todos los grupos, siendo el CC, el grupo con mayor media en este esquema.

Tabla 14.
Comparación de la Inhibición Emocional, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de ANOVA.

Sustancias Psicoactivas	Media	F	p
OH	17	1.344	0.269
THC	17		
PBC	16		
CC	20		

*p<0.05

En el esquema Estándares Inalcanzables, (Tabla 15) se observa que tampoco existe diferencia significativa entre los esquemas, sin embargo, se evidencia que el esquema está presente en todos los grupos evaluados, siendo el PBC y CC, los grupos con mayores indicadores del esquema.

Tabla 15.

Comparación de los Estándares Inalcanzables, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	p
OH	27.03	4.573	0.206
THC	26.55		
PBC	33.42		
CC	39.88		

*p<0.05

En el siguiente esquema de Autocastigo, (Tabla 16) se observa que no existe diferencia significativa con un p-valor de 0.529, el cual es mayor a 0.05. Además se observa que el grupo THC, en promedio, no presenta el esquema, mientras que el esquema está presente en los grupos restantes.

Tabla 16.

Comparación del Autocastigo, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de ANOVA.

Sustancias Psicoactivas	Media	F	p
OH	15	0.746	0.529
THC	14		
PBC	15		
CC	17		

*p<0.05

En el último dominio de Deterioro de Límites, (Tabla 17) se evalúa dos esquemas, el primero es el esquema es Sobrevaloración, el cual no tiene diferencia significativa entre los grupos evaluados, con un p-valor mayor a 0.05 (0.240). No obstante, se observa que el rango indica que el esquema está presente en todos los grupos, siendo el PBC y CC, los más representativos.

Tabla 17.

Comparación de la Sobrevaloración, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Sustancias Psicoactivas	Rango Promedio	X ²	p
OH	28.19	4.209	0.240
THC	26.98		
PBC	30.58		
CC	41		

*p<0.05

En el siguiente esquema Autocontrol Insuficiente, (Tabla 18) se observa que existe diferencia significativa entre los grupos evaluados, con un p-valor de 0.032 (menor a 0.05). También, se observa que el esquema está presente en los cuatro grupos y que PBC, y CC tienen el promedio mayor.

Tabla 18.

Comparación del Autocontrol Insuficiente, según el consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes utilizando la prueba de ANOVA.

Sustancias Psicoactivas	Media	F	p
OH	17	3.160*	0.032
THC	16		
PBC	20		
CC	20		

*p<0.05

El esquema de Autocontrol Insuficiente, (Tabla 19) se evaluó con el post hoc HSD de Tukey, permite aplicar una prueba siguiente para observa cuál de los grupos tiene diferencia con el resto. Al realizar el análisis, se observa que el grupo THC tiene una diferencia significativa con el PBC, lo cual indica que el esquema es diferente en ambos grupos

Tabla 19.

Comparación del consumo de Sustancias Psicoactivas de los residentes, según el Autocontrol Insuficiente, utilizando la prueba de post hoc HSD de Tukey.

Sustancias Psicoactivas	Diferencia de Medias	Error típico	p
THC OH	-1.580	1.452	0.698
PBC	-4.224*	1.546	0.041
CC	-3.955	1.824	0.145

*p<0.05

Esquemas Maladaptativos y la Comorbilidad

Continuando con la presentación de los resultados obtenidos, según las hipótesis planteadas, se presentan los resultados inferenciales que corresponden a las Hipótesis específica que indica si existen diferencias significativas entre los esquemas maladaptativos temprano y los trastornos mentales asociados de los residentes de un Centro de Rehabilitación de Lima. Iniciando con el primer dominio Desconexión y Rechazo, que cuenta con 5 esquemas, empezando con Deprivación Emocional (Tabla 20), se observa que el valor p no es significativo, lo cual indica que no existe diferencia significativa entre los que tienen la comorbilidad o no, sin embargo, se evidencia que hay una diferencia numérica llamativa entre el rango del Sí y No.

Tabla 20.
Comparación de la Deprivación Emocional, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	33.44	299.500	0.062
No	24.98		

*p<0.05

En el siguiente esquema Abandono (Tabla 21), se observa que no existe diferencia significativa entre la presencia y ausencia de Comorbilidad. Evidenciando que el esquema está en ambos tipos de residentes y con una mínima diferencia de Rango.

Tabla 21.
Comparación del Abandono, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	31.10	381.500	0.550
No	28.40		

*p<0.05

En el esquema Desconfianza/abuso (Tabla 22), se observa que tampoco existe diferencia significativa en la ausencia y presencia de Comorbilidad. No obstante, se comprueba que el esquema está presente en ambos grupos y existe una diferencia numérica llamativa entre ambos.

Tabla 22.
Comparación del Desconfianza/abuso, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	33.03	314.000	0.100
No	25.58		

*p<0.05

En el esquema Defectuosidad/Vergüenza (Tabla 23), se observa que existe una diferencia significativa entre la ausencia y la presencia de comorbilidad. Existe una gran diferencia numérica entre el Sí y el No, lo cual indica que los residentes con comorbilidad presentan el esquema más notorio.

Tabla 23.
Comparación del Defectuosidad/Vergüenza, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	36.31	-3.423*	0.001
No	20.79		

*p<0.05

En el esquema Aislamiento Social (Tabla 24), se observa que no existe diferencia significativa entre la ausencia y la presencia de comorbilidad. No obstante, se observa que el esquema está presente en ambos grupos, y que rango es mayor en los pacientes que no tienen comorbilidad.

Tabla 24.
Comparación del Aislamiento Social, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	27.77	342.000	0.227
No	33.25		

*p<0.05

Continuando con los dominios, se presenta el Deterioro en Autonomía y Desempeño, (Tabla 25) que cuenta con cuatro esquemas, siendo el primero Dependencia/Incompetencia. El cual indica que existe diferencia significativa entre

la ausencia y presencia de comorbilidad. Siendo el grupo del Sí, el que tiene mayor rango, con una gran diferencia numérica.

Tabla 25.
Comparación de la Dependencia/Incompetencia, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	36.69	186.000*	0.000
No	20.25		

*p<0.05

En el esquema Vulnerabilidad al daño (Tabla 26), se evidencia que también existe una diferencia significativa entre la ausencia y presencia de la comorbilidad en residentes. Además se observa que la diferencia entre rangos es bien amplio y que el grupo del Sí, es quien tiene mayor número.

Tabla 26.
Comparación de la Vulnerabilidad al daño, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	36.67	186.500*	0.000
No	20.27		

*p<0.05

En el esquema Enmarañamiento, (Tabla 27) se evidencia que existe una diferencia significativa entre la ausencia y presencia de la comorbilidad en residentes. Observándose que el grupo que tiene mayor rango es el Sí, con un gran diferencia numérica con el grupo del No. Además, se observa que ambos grupos presentan el esquema.

Tabla 27.
Comparación del Enmarañamiento, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	36.57	190.000*	0.000
No	20.27		

*p<0.05

En el esquema de Fracaso, (Tabla 28) se evidencia que existe una diferencia significativa entre la ausencia y presencia de la comorbilidad en residentes. Observándose que el grupo que tiene mayor rango es el Sí, con una gran diferencia numérica frente al grupo del No. Además, se observa que ambos grupos presentan el esquema.

Tabla 28.
Comparación del Fracaso, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	36.86	180.000*	0.000
No	20		

*p<0.05

Siguiendo con los dominios, se presenta el dominio Deterioro en dirección a los demás, el cual cuenta con tres esquemas, iniciando con el esquema Sometimiento, (Tabla 29) en el cual se observa que existen diferencias significativas entre la ausencia y la presencia de comorbilidad. Además, el rango indica que hay presencia del esquema en ambos grupos, siendo mucho mayor en los residentes que tienen comorbilidad.

Tabla 29.
Comparación del Sometimiento, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	37.86	145.000*	0.000
No	18.54		

*p<0.05

En el esquema de Auto-sacrificio, (Tabla 30) se observa que existe diferencia significativa, entre la ausencia y presencia de la comorbilidad en los residentes. También, se observa que solo los residentes del grupo que tienen comorbilidad presentan en promedio el esquema, mientras que los residentes del grupo que no tienen comorbilidad, en promedio no presentan.

Tabla 30.
Comparación del Auto-sacrificio, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba T

Comorbilidad	Media	T	p
Sí	18.37	-3.244*	0.002
No	14.28		

*p<0.05

En el esquema Búsqueda de Aprobación, (Tabla 31) se observa una diferencia significativa, entre la ausencia y presencia de Comorbilidad. Además, el rango indica que el esquema está presente en ambos grupos, siendo el grupo con un mayor rango, el que tiene comorbilidad.

Tabla 31.
Comparación de la Búsqueda de Aprobación, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	35.13	240.500*	0.005
No	22.52		

*p<0.05

Continuando con los dominios, se presenta el dominio Sobrevigilancia e Inhibición, el cual tiene cuatro esquemas. Iniciando con el esquema Pesimismo, (Tabla 32) donde se evidencia que existe diferencia significativa entre la ausencia y presencia de comorbilidad. Además, se observa que el rango indica que el esquema está presente en ambos grupos, aunque en el grupo de los que tiene comorbilidad es mayor que en el grupo que no tiene.

Tabla 32.
Comparación del Pesimismo, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	35.17	239.000*	0.005
No	22.46		

*p<0.05

En el esquema de Inhibición Emocional, (Tabla 33) se observa que hay diferencia significativa entre la ausencia y la presencia de Comorbilidad. Además se

observa que en promedio, el esquema está presente en el grupo que tiene Comorbilidad y no está presente en el grupo que no tiene Comorbilidad.

Tabla 33.
Comparación de la Inhibición Emocional, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba T

Comorbilidad	Media	T	p
Sí	18.74	-3.256*	0.002
No	14.83		

*p<0.05

En el esquema Estándares Inalcanzables, (Tabla 34) se evidencia que no existe diferencia significativa entre la ausencia y presencia de Comorbilidad. No obstante, se observa que el esquema está presente en ambos grupos, y que el grupo que tiene comorbilidad tiene un puntaje mayor que el grupo que no tiene.

Tabla 34.
Comparación de los Estándares Inalcanzables, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	32.73	324.500	0.139
No	26.02		

*p<0.05

En el esquema Autocastigo, (Tabla 35) se evidencia que hay diferencia significativa entre la ausencia y presencia de la comorbilidad en los residentes. También, se observa que en promedio, el esquema está presente en los residentes que tienen comorbilidad, mientras que en los que no tienen, no hay presencia del esquema.

Tabla 35.
Comparación de Autocastigo, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba T

Comorbilidad	Media	T	p
Sí	16.26	-3.237*	0.002
No	12.17		

*p<0.05

Finalizando con los dominios, se presenta el dominio Deterioro de Límites, el cual tiene dos esquemas, siendo el primero Sobrevaloración, (Tabla 36) que indica que existe diferencia significativa entre la ausencia y presencia de Comorbilidad en lo residentes. También, se observa que en ambos grupos está presente el esquema, y que el grupo de presencia de Comorbilidad tiene un número mayor al grupo de ausencia de Comorbilidad.

Tabla 36.
Comparación de la Sobrevaloración, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba de U de Mann Whitney

Comorbilidad	Rango Promedio	U	p
Sí	36.11	206.000*	0.001
No	21.08		

*p<0.05

En el esquema de Autocontrol Insuficiente, (Tabla 37) se observa que existe una diferencia significativa entre la ausencia y presencia de Comorbilidad de los residentes evaluados. Y al ver los promedios, se observa que el esquema está presente en ambos grupos, siendo el grupo de presencia de comorbilidad, el que tiene el promedio más alto.

Tabla 37.
Comparación del Autocontrol Insuficiente, según la comorbilidad de los residentes utilizando la prueba T

Comorbilidad	Media	T	P
Sí	18.94	-3.225*	0.002
No	15.25		

*p<0.05

2. Discusión

Una vez finalizado la presentación de resultados, se procede al análisis de los mismos y los antecedentes mencionados en la presente investigación. Para ello, la discusión se enfoca en base a las hipótesis del presente estudio y las investigaciones que soportan o rechazan los resultados. Como se explicó, el estudio presenta dos hipótesis, una principal y otra específica. La primera hipótesis plantea que existe diferencias significativas entre los esquemas maladaptativos tempranos de acuerdo al tipo de dependencia a sustancias psicoactivas en los residentes de un Centro de Rehabilitación de Lima. Como se observa en los resultados, en casi todos los grupos de residentes según su dependencia, al menos hay un grupo que presenta un esquema, excepto en el esquema Defectuosidad y Vergüenza (Figura 4), donde nadie del grupo de CC tiene el esquema de Defectuosidad.

Sin embargo, antes de iniciar con la discusión de las hipótesis, se observa antecedentes importantes que no tienen una relación directa con el presente estudio, pero muestran información importante que se debe tener en cuenta, como la realizada por Gantiva et al. (2010), quienes estudiaron estudiantes universitarios, sus esquemas maladaptativos y el consumo de alcohol, encontrando que los estudiantes que afirman beber más alcohol, presentan niveles de esquemas altos como el Abandono, Autosacrificio, Desconfianza, Enmarañamiento, Insuficiente Autocontrol, Sobrevaloración y Vulnerabilidad. En cambio, en el presente estudio, se evidenció que la mayoría de los residentes que consumen alcohol, está presente todos los esquemas evaluados. Siendo una diferencia grande entre estudiantes que no fueron diagnosticados y residentes que si tienen el diagnostico hacia la sustancia psicoactiva.

Otro estudio que fue realizado por Shorey et al. (2014), estudiaron los esquemas maladaptativos de mujeres jóvenes entre 17 a 27 años, y observaron que el esquema Insuficiente Autocontrol fue el más notorio. Otra investigación realizada

por Joven et al. (2003), observa que los esquemas más notorios en mujeres fueron Abandono, Dependencia y Deconfianza/Abuso.

Investigaciones como la realizada por Malcas (2013) en el ámbito nacional, indica que los esquemas más comunes en residentes de Centro de Rehabilitación son Enmarañamiento, Autosacrificio, Estándares Inflexibles e Inhibición Emocional. Al realizar la comparación con los resultados conseguidos en el presente estudio, se observa que de los cuatro esquemas hallados por Malcas (2013), Enmarañamiento y Estándares Inflexibles son más comunes y están pronunciados en los residentes, sin embargo, los esquemas de Autosacrificio e Inhibición Emocional no son tan comunes en los residentes, habiendo grupos de consumidores donde la mayoría no tiene dichos esquemas, y otros que tienen el esquema, pero que no poseen niveles altos.

Además, una investigación realizada en residentes consumidores de opioides en el ámbito internacional por Shorey et al. (2012) muestran que los 18 esquemas están presentes en los residentes, siendo en su caso, el esquema Insuficiente Autocontrol el más frecuente. Sin embargo, en los resultados, el esquema de Autocontrol Insuficiente no es tan alto, no obstante, se puede observar que los grupos de PBC y CC poseen dicho esquema más alto que los consumidores de OH y THC. Así mismo, se evidencia que la mayoría de los residentes que consumen OH y PBC presentan todos los esquemas. Otra investigación realizada por Bakhshi y Nikmanesh (2013) confirmó que a mayor presencia de las cinco dimensiones en las personas, mayor predisposición a generar adicciones tiene el residente. Dicha información, al contrastarse con el presente estudio, demuestra cierta consistencia, ya que todos los residentes presentan las cinco dimensiones, algunos con menos esquemas que otros.

Para el caso de la hipótesis específica que busca saber si existen diferencias significativas entre los esquemas maladaptativos tempranos y el trastorno mental asociados de los residentes de un Centro de Rehabilitación de Lima. Se observa

que ningún investigación menciona como la comorbilidad con algún trastorno mental puede de alguna beneficiar o empeorar los esquemas maladaptativos de los residentes. Sin embargo, en la presente investigación, se evidenció que existe diferencias significativas si el paciente tiene alguna comorbilidad o no, siendo un total de 13 esquemas de 18, los cuales son; el esquema Defectuosidad/Vergüenza, Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad al daño, Enmarañamiento, Fracaso, Sometimiento, Autosacrificio, Búsqueda de aprobación, Pesimismo, Inhibición Emocional, Autocastigo, Sobrevaloración y Autocontrol Insuficiente (Tabla 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37). Siendo en todos los casos, donde los residentes con comorbilidad presentan niveles mucho más altos que los que no tienen comorbilidad, pero en ambos grupos está presente el esquema, excepto en los esquemas Autosacrificio, Inhibición Emocional y Autocastigo, donde la mayoría de los residentes tienen dichos esquemas, mientras que la mayoría que no tiene comorbilidad, no tienen estos esquemas.

Entonces al observar que existen diferencias en esos tres esquemas y que los que no presentan comorbilidad tienden a no presentar los esquemas, se puede observar que los trastornos mentales de alguna forma son factores que no benefician a los residentes. Además, se agrega el hecho que los residentes presentan los otros esquemas, sin importar si hay o no comorbilidad, indicando que existen diferencias significativas y una diferencia numérica descriptiva que señala que la comorbilidad produce un efecto negativo en los residentes. Sin embargo, hay investigaciones como la de Roper et al. (2010), y de Shorey et al. (2013), los cuales detectan otros factores protectores en los residentes de Centros de Rehabilitación y son los siguientes; el tiempo de residencia de un individuo y recibir un tratamiento residencial, estos factores están relacionados con la disminución de los esquemas maladaptativos en pacientes.

Finalmente, una investigación de Ball (2007) observó que los esquemas predominantes en residentes bajo tratamiento son Insuficiente Autocontrol, Estándares Inalcanzables y Autosacrificio. Esquemas que están presentes en la

mayoría de los grupos dependientes a las sustancias psicoactivas, como el OH, THC, PBC y CC, especialmente en el esquema de Estándares Inalcanzables.

Capítulo VI

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusión

Al observar los antecedentes, los resultados y la discusión, se brindan las siguientes conclusiones:

1. Se evidencia que todos los residentes tienen los dieciocho esquemas, excepto por los residentes que consumieron cocaína, que tienen 17 esquemas (nadie tiene el esquema de Defectuosidad/Vergüenza).
2. Se evidencia que todos los residentes tienen los cinco dominios de los esquemas de maladaptación.
3. Se evidencia que los residentes con comorbilidad con algún trastorno mental, presentan mayor número de individuos con esquemas.
4. Se evidencia que los residentes que no tienen comorbilidad, presentan mayor número de individuos sin esquemas.
5. Al comparar el tipo de sustancia consumida y los esquemas de los residentes, se consigue los siguientes resultados:
 - a. Vulnerabilidad y el consumo de sustancias Psicoactivas.
 - b. Búsqueda de Aprobación y el consumo de sustancias.
 - c. Pesimismo y el consumo de sustancias Psicoactivas.
 - d. Autocontrol Insuficiente y el consumo de sustancias Psicoactivas.
6. Al comparar la comorbilidad de trastornos mentales y los esquemas de los residentes, se consigue los siguientes resultados:
 - a. Defectuosidad/Vergüenza y la comorbilidad.
 - b. Dependencia/Incompetencia y la comorbilidad.
 - c. Vulnerabilidad y la comorbilidad.
 - d. Enmarañamiento y la comorbilidad.
 - e. Fracaso y la comorbilidad.
 - f. Sometimiento y la comorbilidad.
 - g. Autosacrificio y la comorbilidad.

- h. Búsqueda de Aprobación y la comorbilidad.
- i. Pesimismo y la comorbilidad.
- j. Inhibición Emocional y la comorbilidad.
- k. Autocastigo y la comorbilidad.
- l. Sobrevaloración y la comorbilidad.
- m. Autocontrol Insuficiente y la comorbilidad.

2. **Recomendación**

Se recomienda:

1. Ampliar el número de residentes evaluados del Centro de Rehabilitación.
2. Evaluar los esquemas maladaptativos en residentes de otros Centros de Rehabilitación.
3. Desarrollar instrumentos para la realidad peruana.

Referencias

- Arntz, A. & Van Genderen H. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Reino Unido: Wiley-Blackwell.
- Asociación Americana de Psiquiatría, APA. (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Bakhshi, F., & Nikmanesh, Z. (2013). Role of Early Maladaptive Schemas on Addiction Potential in Youth. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 2(2), 72-76. Recuperado de http://jhrba.com/?page=article&article_id=10148
- Ball, S. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*. (21). 305–321. Recuperado de <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.2007.21.3.305>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, edición revisada, vol. 1* (pp. 375-402). Madrid: McGraw-Hill. Recuperado de <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol.html?download=18:manual-de-adicciones-para-psicologos-especialistas-en-psicologia-clinica-en-formacion,-elisardo-becona,-maite-cortes-2011>
- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1010714715534>
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée de Bruwer

- Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders: Treatment improvement protocol (TIP) series*. S. Sacks and R. Reis. Maryland. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/>
- Chaloupka, F. J., Cummings, K. M., Morley, C. M. y Horan, J. K. (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11 (Supl. 1), 62-73. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1766067/>
- Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas (2013). *I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao 2013*. Disponible en http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2015/02/I_Estudio_Lima_Callao_completo.pdf
- Dawe, S., Gullo, M. J. y Loxton, N. J. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: Implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29, 1389-1405. Recuperado en <http://poseidon01.ssrn.com/delivery.php?ID=884112031001097099085020127020000024001024032007049053005121121102085116088112080121124025056115114005124126026110103106107103023039056023040020121000099007009081118093008028091095009000099115122114023006117064125086019005011031005126096110076118071119&EXT=pdf>
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Fergusson, D., Boden, J. y Horwood, L. (2008). The developmental antecedents on illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 165-177. Recuperado en <http://truecompassion.org/PDFS/Marijuana%20Decrim%20and%20Legalization/CannabisStrongest%20Predictor%20of%20Illicit%20Drug%20Use%20-%2025%20Years.pdf>

- Friedman, A. S. y Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse. A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 267-275. Recuperado en [http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472\(99\)00072-0/abstract](http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472(99)00072-0/abstract)
- Gantiva, C., Bello, J., Vanegas, E. y Sastoque, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 362-374. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615447010.pdf>
- Gee, M. y Sotomayor, A. (2015). *Esquemas tempranos mal adaptativos presentes en pacientes con trastornos de personalidad, ansiedad y depresión*. (Tesis para optar por el título de licenciada de Psicología) Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú
- Goldstein, R. y Volkow, N. (2011). Nature Reviews Neuroscience. *Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications*. 12(11). 652-69. Recuperado en <http://www.nature.com/nrn/journal/v12/n11/full/nrn3119.html>
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Substance Use*. 10(4):191-197. Recuperado en <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&UID=2005-08477-003>
- Hayaki, J., Stein, M., Lessor, J., Herman, D. y Anderson, B. (2005). Adversity among drug users: Relation to impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 65-71. Recuperando en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15769559>
- Hernández R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*, 6. ed. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hilario, R. (2013). "Adaptación y propiedades psicométricas del cuestionario de esquemas de Young-Forma abreviada (YSQ-SF) en universitarios de Villa el Salvador"

- Instituto Nacional de Salud. (2012). *Eficiencia de comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas relacionados con uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática*. Recuperado de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/Nota%20t%C3%A9cnica-2_Eficacia%20de%20comunidades%20terap%C3%A9uticas%20en%20el%20tratamiento%20sustancias%20psicoactivas%20una%20revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica.pdf
- Joven, J., Klosko, J. y Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Kagan, J, Reiznick, J.S., & Snidman, N. (1988). *Biological bases of childhood shyness*. *Science*, 240, 167-171 Recuperado de <http://science.sciencemag.org/content/240/4849/167.long>
- Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 244-254. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16777353>
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11015813>
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Neale, M. C. y Prescott, C. A. (2000). Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US population-based sample of male twins. *Archives of General Psychiatry*, 57, 261-269. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1945097/>
- Latendresse, S., Rose, R., Viken, R., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 322-

330. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2504716/>
- Longest, K. C. y Shanahan, M. J. (2007). Adolescent work intensity and substance use: The mediational and moderational roles of parenting. *Journal of Marriage and Family*, 69, 703-720. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2007.00401.x/abstract>
- Malacas, C. (2013). *Esquemas Disfuncionales Tempranos en Consumidores de Sustancias Psicoactivas Internados en Comunidades Terapéuticas*. Perú: Universidad San Martín de Porres.
- Martínez-González, J. M., Trujillo, H. y Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=418>
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Las Drogas, el cerebro y el comportamiento: La Ciencia de la Adicción*. National Institutes of Health. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf
- Newcomb, M. y Bentler, P. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 64-75. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1988-17243-001>
- Nussbaum, M. C. (1994). *The therapy of desire: Theory and practice in hellenistic ethics*. Princeton, NJ: Princeton University Press. Recuperado de <https://toleratedindividuality.files.wordpress.com/2015/10/therapy-of-desire-theory-and-practice-in-hellenistic-ethics.pdf>

- Ohannessian, C. M. y Hesselbrock, V. M. (2008). Paternal alcoholism and youth substance abuse: The indirect effects of negative affect, conduct problems and risk taking. *Journal of Adolescence Health*, 42, 198-200. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2235815/>
- Oman, R. F., Vesely, S. K., Tolma, E., Aspy, C. B., Rodine, S. y Marshall, L. (2007). Does family structure matter in the relationships between youth assets and youth alcohol, drug and tobacco use?. *Journal of Research on Adolescence*, 17, 743-766. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-7795.2007.00545.x>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Recuperado en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
- Parke J, y Griffiths M. (2006). The psychology of the fruit machine: The role of structural characteristics (revisited). *International Journal of Mental Health and Addiction*. 4(2):151-79. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/226482565_The_Psychology_of_the_Fruit_Machine_The_Role_of_Structural_Characteristics_Revisited
- Pickens, R. W., Svikis, D. S., McGue, M., Lykken, D. T., Heston, L. L. y Clayton, P. J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, 19-28. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1984758>
- Piko, B. F. y Kovács, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 53-58. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19720468>
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M. y Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health*, 99, 258-263. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19059847>
- Real Academia Española. (2014). Dependencia. *En Diccionario de la lengua española* (23.a ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=CEjjsLO>

- Reebye, P., Moretti, M. y Lessard, J. (1995). Conduct disorder and substance use disorder: Comorbidity in a clinical sample of preadolescents and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 313-319. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7585400>
- Roberts, R. E., Roberts, C. R. y Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and the other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88S, S4-S13. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17275212>
- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances psicológico*, 17 (1), 59 – 74. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/edgarrodriguez.pdf>
- Roper, L., Dickson, J., Tinwell, C., Booth, P., and McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*. (34). 207–215. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10608-009-9252-z#page-2>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima: Business Support Aneth SRL.
- Sacks, S., J. Sacks, et al. (1997). "Modified therapeutic community for mentally ill chemical "abusers": background; influences; program description; preliminary findings." *Subst Use Misuse* 32(9): 1217-1259. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9261918>
- Shaffer, D. R. (2000). *Social and personality development*. Belmont: Wadsworth. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=PErZTQ7LkmwC&pg=PR2&lpg=PR2&dq=Social+and+personality+development.+Belmont:+Wadsworth.&source=bl&ots=MRzyXBpiHS&sig=vVcozZihNTIlg1Zg53FgBok8-2Gs&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwipnaG-su_MAhWEkh4KHYYODYsQ6AEIRDAE#v=onepage&q=Social%20and%20personality%20development.%20Belmont%3A%20Wadsworth.&f=false

- Shorey, R., Stuart, G. and Anderson, S. (2012). The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 42(3). 271-278. Recuperado de [http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472\(11\)00167-X/abstract](http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472(11)00167-X/abstract)
- Shorey, R., Stuart, G. and Anderson, S. (2013). Changes in Early Maladaptive Schemas After Residential Treatment for Substance Use. *Journal of Clinical Psychology*. 69(9). 912-922. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.21968/abstract;jsessionid=5AFD0EE5986D63DBB7CC671E861B0DFF.f01t04>
- Shorey, R., Stuart, G. and Anderson, S. (2014). Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non-clinical Comparison Group. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 21(1). 21-28. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1803/abstract>
- Swadi, H. (1989). *Substance use in a population of London adolescents*. M. (Phil. Thesis), University of London, London, England.
- Tirapu, J., Landa, N. y Lorea I. (2004). *Cerebro y adicción. Una guía comprensiva*. Pamplona: Ediciones Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Recuperado de <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d3299072/CEREBRO%20Y%20ADICCIÓN%3A%20una%20gu%C3%ADa%20comprensiva.pdf>
- Verdejo, A. y Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56, 48-62. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2635337/>
- Volkow, N., Fowler, J. y Wang, G. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation*. 111(10). 1444–51. Recuperado de <https://www.jci.org/articles/view/18533>

- Woodhams A (2001). *The staff member in the therapeutic community*.
Therapeutic communities for the treatment of drug users. London: Jessica
Kingsey Publishers.
- Young, J. & Klosko, J. (2001). *Reinventar tu vida. Cómo superar las actitudes
negativas y sentirse bien de nuevo*. Buenos Aires: Paidós.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A shema
focused approach*. Sarasota. F.L.: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema
focused approach (3a ed.)*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas: Guía práctica
Guide*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

ANEXO I.

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ – SF)

CAR:

Fecha:

Lugar de nacimiento:

Edad:

Grado de instrucción:

INSTRUCCIONES:

La lista que sigue contiene oraciones que las personas pueden usar para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada afirmación y decida que tan bien lo describe a Ud. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que Ud. Siente emocionalmente, no sobre lo que piensa que es verdad. Elija el puntaje entre 1 a 6 que mejor lo describa y escriba el número en el espacio que hay delante de cada oración.

ESCALA DE PUNTAJES			
1	Totalmente falso de mí	4	Moderadamente verdadero de mí
2	Mayormente falso de mí	5	Mayormente verdadero de mí
3	Levemente más verdadero que falso	6	Me describe perfectamente

1. No he tenido alguien que me nutriera, participe conmigo o se interese profundamente en todo lo que me pasa.
2. Me encuentro colgándome de las personas cercanas a mí, porque tengo miedo que me dejen.
3. Siento que la gente se va a aprovechar de mí.
4. Yo no encajo con las personas o en los grupos.
5. No hay hombre/mujer que yo desee que pueda amarme una vez que vea mis defectos y fallas.
6. Casi nada de lo que hago en el trabajo o estudio es tan bueno como lo que pueden hacer los demás.
7. No me siento capaz de lograr cosas por mí mismo en mi vida cotidiana.
8. No puedo escapar a la sensación de que está por pasar algo malo.
9. No he sido capaz de separarme de mis padres del modo en que lo hacen las personas de mi edad.
10. Pienso que si hago lo que quiero, sólo estaría buscándome problemas.
11. Soy el que habitualmente termina ocupándose de cuidar a los que tengo cerca.
12. Soy muy cauto al demostrar sentimientos positivos a los demás (Ej.: afecto, o mostrar que me importan).
13. Debo ser el mejor en casi todo lo que haga; no puedo aceptar el segundo puesto
14. Tengo enormes problemas para aceptar un "no" por respuesta cuando quiero algo de los demás.
15. No puedo lograr disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.
16. Tener dinero y conocer gente importante me hace sentir valioso.
17. Aun cuando las cosas parecen estar yendo bien, siento que sólo es temporalmente.
18. Merezco ser castigado si cometo un error.

19. No tengo a alguien que me dé calidez, sostén y afecto.
20. Necesito tanto de las demás personas que me preocupa perderlos.
21. Siento que no puedo bajar la guardia en presencia de los demás, o alguno intencionalmente va a herirme.
22. Soy fundamentalmente diferente a los demás.
23. Nadie que yo desee podría querer estar cerca de mí sí me conocieran realmente.
24. Me siento incompetente cuando llega el momento de concretar logros (o realizar cosas).
25. Pienso en mí mismo como una persona dependiente cuando hago las cosas cotidianas.
26. Siento que en cualquier momento puede ocurrirme un desastre (natural, criminal, financiero o médico).
27. Mis padres y yo tendemos a estar mutuamente sobre-involucrados en nuestras vidas y problemas.
28. Siento como que no tengo otra opción que acceder a los deseos de los demás o ellos van a tomar represalias, castigar, rechazar de algún modo.
29. Soy una buena persona porque pienso en los demás más que en mí mismo.
30. Encuentro incómodo expresar mis sentimientos a los demás.
31. Trato de hacer lo mejor, no me puedo conformar con un bueno o suficiente.
32. Soy especial y no debería tener que aceptar muchas de las restricciones o límites que recaen sobre los demás.
33. Si no puedo alcanzar una meta me frustró fácilmente y abandono.
34. Para mí, mis habilidades o conocimientos son más valiosos si las demás personas lo reconocen.
35. Si pasa algo bueno, me preocupa que algo malo vaya a pasar después.
36. Debería esperar el fracaso si no me esfuerzo al máximo.
37. Nunca sentí ser especial para alguien.
38. Me preocupa que las personas que siento cercanas puedan dejarme o abandonarme.
39. Siento que solo es cuestión de tiempo hasta que alguien me traicione.
40. Soy un solitario, no pertenezco.
41. Soy indigno del amor, atención y respeto de los demás.
42. En áreas de trabajo y logros, la mayoría de las personas son más capaces que yo.
43. No tengo la capacidad para elegir correctamente las cosas.
44. Me preocupa ser atacado físicamente por la gente.

ESCALA DE PUNTAJES			
1	Totalmente falso de mí	4	Moderadamente verdadero de mí
2	Mayormente falso de mí	5	Mayormente verdadero de mí
3	Levemente más verdadero que falso	6	Me describe perfectamente

45. Muy difícil para mis padres y para mí, guardar detalles íntimos de cada uno, sin sentirnos

- culpables o traicionados.
46. Generalmente dejo que el otro tenga el control o el dominio de la relación.
 47. Estoy tan ocupado cuidando a las personas que me importan que tengo poco tiempo para mí mismo.
 48. Me resulta difícil sentirme libre y espontáneo entre los demás.
 49. Debo cumplir todas mis responsabilidades.
 50. Odio ser limitado o impedido de hacer lo que yo quiero
 51. Tengo verdadera dificultad en sacrificar una gratificación inmediata o placer para lograr una meta a largo plazo.
 52. Me siento poco importante, a no ser que logre que los demás me presten mucha atención.
 53. Aunque seas muy cuidadoso, siempre algo va a salir mal.
 54. Soy incompetente en cuanto a logros.
 55. No he tenido a nadie que realmente me preste atención, me comprenda o sintonice con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
 56. Cuando alguien que me importa pareciera alejarse o desatenderme me desespero.
 57. Soy bastante suspicaz (desconfiado) de los motivos de los demás.
 58. Me siento alejado o desconectado de los demás.
 59. Siento que no merezco que las personas me quieran.
 60. No soy tan talentoso como lo son la mayoría de las personas en su trabajo o estudio.
 61. No puedo confiar en mi propio criterio para resolver las situaciones cotidianas.
 62. Me preocupa llegar a perder todo mi dinero y volverme indigente o muy pobre.
 63. A menudo siento como si mis padres estuvieran viviendo a través de mí. No tengo una vida propia.
 64. Siempre dejo que los demás elijan por mí, de tal modo que no sé lo que yo mismo quiero.
 65. Yo he sido siempre el que escucha los problemas de todo el mundo.
 66. Me controlo tanto que los demás piensan que no tengo emociones.
 67. Siento que hay una presión constante sobre mí para alcanzar logros y conseguir que se hagan las cosas.
 68. Siento que no debería tener que seguir las normas y reglas normales que siguen los demás.
 69. No puedo forzarme a hacer cosas que no disfruto, aun cuando sepa que es por mi propio bien.
 70. Para mí es importante lograr reconocimiento o ser admirado, si me presentan hago algún comentario en un encuentro o situación social
 71. No importa cuán duro trabaje, me preocupa que pueda tener un quiebre financiero y perder casi todo.
 72. No importa por qué cometí un error, cuando me equivoco debo pagar las consecuencias.
 73. No he tenido una persona fuerte o sabia que me dé consejos o me oriente cuando no me siento seguro de qué hacer.
 74. A veces me preocupa que las personas que quiero me puedan dejar, que las alejo de mí.
 75. Habitualmente estoy en guardia ante los motivos reales u ocultos de los demás.

76. Siempre me siento afuera de los grupos.
77. Soy demasiado inaceptable en lo verdaderamente fundamental, como para mostrarme ante los demás o dejarlos que me conozcan bien.
78. No soy tan inteligente como la mayoría de las personas en cuanto al trabajo (o estudios).
79. No me siento confiado en mí habilidad para resolver los problemas cotidianos que aparecen a diario.
80. Me preocupa estar desarrollando una enfermedad grave, aun cuando no ha sido diagnosticado nada grave por el médico.
81. A menudo siento que no tengo una identidad separada de mis padres o de mi pareja.
82. Tengo enormes problemas para demandar que mis derechos sean respetados y mis sentimientos tomados en cuenta.
83. Los demás me ven como haciendo mucho por los otros pero no lo suficiente por mí mismo.
84. Los demás me ven como emocionalmente hermético.
85. No puedo dejar de dar excusas por mis errores o desengancharme fácilmente de ellos, si los cometo.
86. Siento que lo que yo tengo para ofrecer es de mayor valor que las contribuciones de los otros.
87. Raramente he sido capaz de mantener mis decisiones.
88. Muchos cumplidos y elogios me hacen sentir una persona valiosa.
89. Me preocupa que una decisión equivocada me pueda llevar a un desastre.
90. Soy una mala persona que merece ser castigada.

ANEXO II.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta hoja de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Bach. Harold Hans Aguirre Campos, de la Universidad Ricardo Palma. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de lo académico.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la aplicación de los test le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya se le agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente de esta investigación