



Características de los esquemas mal adaptativos tempranos en sujetos reincidentes en recaídas de una comunidad terapéutica en la ciudad de Medellín.

Manuela Castro Betancur, Angélica María Cabezas Guzmán

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

octubre de 2023

Características de los esquemas mal adaptativos tempranos en sujetos reincidentes en recaídas de una comunidad terapéutica en la ciudad de Medellín.

Manuela Castro Betancur, Angélica María Cabezas Guzmán

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor(a)

William Ignacio González Vásquez

Psicólogo-Magister en Educación y Desarrollo Humano

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

octubre de 2023

### **Dedicatoria.**

Este trabajo está dedicado a nuestras familias que con su confianza y apoyo hoy hacen posible la finalización de un logro académico y profesional tan importante. A nuestro asesor de tesis William Ignacio González Vásquez a quién agradecemos su profesionalismo y acompañamiento para la construcción del trabajo y por último, a Dios por permitirnos vivir este momento y compartirlo al lado de quienes queremos y apoyaron en todo este camino.

### **Agradecimientos.**

Le damos gracias primeramente a Dios por permitirnos culminar esta etapa de nuestras vidas, también le agradecemos a los docentes que de una u otra manera nos estuvieron apoyando en la realización de este trabajo, a nuestras familias por el apoyo diario que nos brindan y por último, a la comunidad terapéutica por permitirnos realizar las pruebas en su centro y cada uno de los participantes en la investigación, gracias por su buena predisposición en la elaboración de la prueba.

## Tabla de contenido

|   |    |
|---|----|
| Lista de figura y tablas.....                 | 6  |
| Lista de anexos.....                          | 7  |
| Resumen.....                                  | 8  |
| Abstract.....                                 | 9  |
| Introducción.....                             | 10 |
| Planteamiento del problema.....               | 12 |
| Objetivos.....                                | 16 |
| Justificación.....                            | 17 |
| Marco teóricos .....                          | 18 |
| Bases teoricas.....                           | 21 |
| Definición términos básico.....               | 23 |
| Metodología.....                              | 29 |
| Población y muestra.....                      | 30 |
| Método de análisis de datos y resultados..... | 31 |
| Discusión.....                                | 45 |
| Referencias.....                              | 48 |
| Anexos.....                                   | 53 |

**Lista de figuras y tablas.**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Figura 1.</b> <i>Resultados generales pruebas EMT aplicada a 11 sujetos.....</i> | <b>32</b> |
| <b>Tabla 1.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 1.....</i>              | <b>33</b> |
| <b>Tabla 2.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 2.....</i>              | <b>34</b> |
| <b>Tabla 3.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 3.....</i>              | <b>35</b> |
| <b>Tabla 4.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 4.....</i>              | <b>36</b> |
| <b>Tabla 5.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 5.....</i>              | <b>37</b> |
| <b>Tabla 6.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 6.....</i>              | <b>38</b> |
| <b>Tabla 7.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 7.....</i>              | <b>39</b> |
| <b>Tabla 8.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 8.....</i>              | <b>40</b> |
| <b>Tabla 9.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 9.....</i>              | <b>41</b> |
| <b>Tabla 10.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 10.....</i>            | <b>42</b> |
| <b>Tabla 11.</b> <i>Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 11.....</i>            | <b>43</b> |

**Lista de anexos**

|  |    |
|--|----|
| Anexo 1. Consentimiento informado participantes.....                 | 52 |
| Anexo 2. Pruebas aplicadas de esquemas maladaptativos tempranos..... | 53 |

## Características de los esquemas mal adaptativos tempranos en sujetos reincidentes en recaídas de una comunidad terapéutica en la ciudad de Medellín

### Resumen

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, con una muestra de once (11) hombres de un centro de rehabilitación de la ciudad de Medellín. El objetivo de la investigación fue determinar los dominios esquemáticos-disfuncionales que más predominan en los residentes de una unidad terapéutica de la ciudad de Medellín.

La recolección de estos datos se realizó mediante la prueba de esquemas mal adaptativos tempranos (EMT) de Young, validado en población colombiana. Los resultados indican que los esquemas mal adaptativos tempranos disfuncionales que más predominan en estos once (11) sujetos son: esquemas de límites insuficientes y desconfianza, también se realizó un análisis de cada sujeto donde se evidenció que de los once (11) sujetos participantes de la prueba uno (1) cuenta con diez (10) esquemas mal adaptativos disfuncionales de los quince (15) esquemas evaluados por la prueba de esquemas maladaptativos tempranos (EMT), por lo cual se evidenció que tiene 66.66% de factor de vulnerabilidad cognitiva, lo que consigna una disminución significativa en estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y un trabajo más significativo en reestructuración cognitiva .

*Palabras clave: esquemas mal adaptativos tempranos, cuantitativa, dominios, disfuncionales.*

### **Abstract**

A descriptive quantitative research was carried out with a sample of eleven (11) men from a rehabilitation center in the city of Medellín. The objective of the research was to determine the schematic-dysfunctional domains that most predominate in the residents of a therapeutic unit in the city of Medellín.

The collection of these data was carried out using Young's early maladaptive schemas test (EMT), validated in the Colombian population. The results indicate that the early dysfunctional maladaptive schemas that most predominate in these eleven (11) subjects are schemas of insufficient limits and distrust. An analysis was also carried out on each subject where it was evident that of the eleven (11) subjects participated in the test one (1) has ten (10) dysfunctional maladaptive schemas of the fifteen (15) schemas evaluated by the early maladaptive schemas test (EMT), which showed that it has a 66.66% cognitive vulnerability factor, which It shows a significant decrease in coping strategies, social skills and more significant work in cognitive restructuring.

*Keywords: early maladaptive schemas, quantitative, domains, dysfunctional.*

## Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas es algo que se ve reflejado a nivel mundial y es considerado por la oficina de las naciones unidas como una pandemia la cual va en ascenso, así lo demuestra el informe de las Naciones Unidas (ONU,2022):

Alrededor de 284 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas en todo el mundo en 2020, lo que supone un aumento del 26% respecto a la década anterior. Las personas jóvenes están consumiendo más drogas y los niveles de consumo actuales en muchos países son más altos que los de la generación anterior. En África y América Latina, las personas menores de 35 años representan la mayoría de quienes reciben tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas.

Así mismo, en Colombia el consumo de sustancias psicoactivas para el año 2013 fue de 3,6% lo que equivale a 839 mil personas como lo demuestra el estudio realizado por la oficina nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013, por último y no menos importante, en la ciudad de Medellín según el DANE el índice de consumo de sustancias psicoactivas es cada vez mayor con una cifra del 9,7% para el año 2019, todo lo anterior indica que el consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un problema de salud pública y que no tiene ningún tipo de distinción, como respuesta a esta problemática surgen las comunidades terapéuticas con el objetivo de abordar los problemas de adicción, con actividades de tipo psicoterapéutico, ocupacional y médico sanitario y así abatir dicho fenómeno y aportar un método terapéutico según sea requerido, sin embargo; es válido e importante resaltar que esta problemática va más allá y se evidencia altos índices de vulnerabilidad con respecto al tratamiento, como ya se mencionó el consumo de sustancias psicoactivas es alto y las personas que recurren o han accedido a un tratamiento son pocas así lo menciona el observatorio de

drogas de Colombia en el estudio realizado en una población de sistema penal de responsabilidad penal para adolescentes (SPRA).

Según el estudio realizado por el Observatorio de drogas de Colombia (O.D.C, 2017):

Dadas las cifras de consumo problemático, abuso y dependencia en adolescentes y jóvenes del SRPA, es claro que el porcentaje de quienes han recibido tratamiento alguna vez en la vida para dejar el consumo es bajo (17,3%), igual que quienes dicen recibirlo en el momento de la medición (17,4%). Más del 35% de quienes han recibido algún tratamiento lo abandonaron tempranamente y el 42,1% dijo haber recaído en el patrón de consumo previo después de haber terminado proceso. El 18,4% dijo no haber dejado de consumir tras la intervención y el 14,6% no haber reducido la cantidad de drogas que usaba o usa.

Por lo anterior y como profesionales en formación, ellos ven necesario investigar variables cognitivas, emocionales y conductuales disfuncionales que pueden actuar o incidir como factores de riesgo en individuos de este proceso de rehabilitación, y así ampliar el espectro de conocimiento frente a la problemática, posibilitar variables consideradas en el tratamiento a redes de apoyo y centros de rehabilitación.

Esta investigación se centrará bajo el modelo cognitivo- conductual, utilizando como instrumento de apoyo el Cuestionario de Esquemas de Young, lo cual les permitirá identificar qué dimensiones o dominios esquemáticos son predominantes y poder retomar con otras investigaciones similares la influencia de estos en el cambio psicoterapéutico.

### **Planteamiento del problema**

En la ciudad de Medellín, la rehabilitación de individuos que han experimentado situaciones de vulnerabilidad y trauma es una preocupación fundamental para la sociedad y el ámbito de la salud. Dentro de este contexto, surge la necesidad de comprender a fondo los esquemas mentales disfuncionales que pueden afectar a los residentes de unidades terapéuticas. Estos esquemas, que a menudo se originan en experiencias tempranas de vida, pueden tener un impacto significativo en la recuperación y el bienestar emocional de las personas. Este trabajo se enfoca en la identificación y análisis de los dominios esquemáticos-disfuncionales prevalentes en esta población, con el fin de proporcionar una base sólida para el desarrollo de estrategias terapéuticas más efectivas y personalizadas. La comprensión de estos esquemas es esencial para abordar los desafíos psicológicos y emocionales que enfrentan los residentes de las unidades terapéuticas en Medellín y, en última instancia, mejorar su calidad de vida.

El consumo de alucinógenos históricamente se evidencia desde el milenio quinto antes de cristo, donde el vino fue la primera sustancia el cual hoy en día es legal en muchos países, se piensa que el vino se dio por la fermentación de la miel, en la segunda guerra mundial se empezó a ver el consumo de anfetaminas y el LSD, en Haití empezó el consumo de marihuana, el consumo de la cerveza se dio en Egipto cuatro mil años antes de cristo. (Ruiz y Valladolid,2015)

Aquí es importante resaltar que, dependiendo del contexto histórico, cultural y político de cada país las sustancias psicoactivas pueden llegar a tratarse como ilícitas o no, lo que se intenta mitigar o abatir son los perjuicios en la salud, medio ambiente, violencia y delincuencia.

Debido al alto consumo de sustancias psicoactivas, este se considera un problema de salud pública, generando la obligación de desarrollar en los gobiernos políticas que permitan la creación de objetivos y programas que buscan integrar esfuerzos gubernamentales, regionales y locales para lograr un trabajo articulado de prevención y rehabilitación del consumo de drogas.

Es por lo que agencias como la Secretaría General del consejo de la unión europea (SGC, 2022) tiene como finalidad:

Proteger y mejorar el bienestar de la sociedad y de las personas, salvaguardar y promover la salud pública, ofrecer un nivel elevado de seguridad y bienestar para la población en general y extender la alfabetización sanitaria. Adopta un planteamiento empíricamente contrastado, integrado, equilibrado y multidisciplinar del fenómeno de las drogas a escala nacional, internacional y de la unión europea. También incorpora una perspectiva de igualdad de género y de equidad sanitaria (p.6)

Así mismo su labor se enfoca en tres pilares básicos : Primero, reducción de la oferta de droga, segundo reducción de la demanda, tercero y último, afrontar daños relacionados donde busca una correcta implementación de las medidas la cual debe asegurar no sólo una protección adecuada de la salud, la estabilidad social y la seguridad, sino también fomentar la conciencia sobre este tema, ya que es importante minimizar los efectos secundarios negativos y a su vez promover los derechos humanos y el desarrollo sostenible.

A nivel nacional, la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2019) reconoce que:

Es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos, que requiere atención integral por parte del Estado, y de otra, el derecho de la persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a tales sustancias. a ser

atendida en forma integral por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (p.2)

Aun así, existiendo políticas públicas que tienen en cuenta el análisis de los determinantes sociales de la salud que conlleva este flagelo del consumo, se presentan muchas aristas en el abordaje terapéutico a nivel de los factores protectores, precipitantes que no tienen en cuenta factores como la recaída, rasgos de personalidad entre otros.

Según Chávez (2010) existen situaciones o estímulos de alto riesgo que en personas farmacodependientes pueden llegar a influir en un retroceso en su tratamiento los cuales pueden ser internos y/o externos.

Por lo que los factores de riesgo se pueden definir como:

Un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno. Estas características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento. (Clayton,1992, como se citó en Pedrosa,2009, p.2)

En los factores individuales podemos encontrar el sexo, la edad, actitudes, creencias, valores, la percepción del riesgo entre otras.

Otra de las variables que intervienen en este fenómeno de la problemática del consumo lo consigna las naciones unidas contra la droga y el delito (UNODC, 2018):

El consumo de drogas sigue estando más extendido entre los jóvenes que entre las personas de más edad. De la mayoría de las investigaciones se desprende que el riesgo de iniciación en el abuso de sustancias es más acusado en el período de la adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 17 años) y que el abuso de sustancias llega a su auge en las personas de 18 a 25 años (p.10).

Por esta misma Línea la UNDOC (2018) argumenta que, aunque todos los individuos reaccionan de diferentes maneras a estímulos y/o situaciones, a nivel individual en la adolescencia puede repercutir la salud mental, problemas conductuales, vulnerabilidad cognitiva y hasta la falta de información (p. 11)

Así mismo, CHAVEZ (2010) argumenta que deben evaluarse factores cognitivos, emocionales, conductuales y espirituales que son propios de cada ser.

La política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, deja ver otro de los factores de riesgo que repercute en el tratamiento de los sujetos con problemas de sustancias psicoactivas, que es la falta de atención al manejo del tiempo libre, el fortalecimiento del apoyo familiar, la promoción de la participación en grupos de interés, la educación, el entrenamiento en resiliencia, el fortalecimiento y desarrollo de las habilidades sociales, y el apoyo social en situaciones duelo. (p. 24)

Siguiendo la misma línea, también puede influir que los factores de riesgo relacionales los cuales, “Son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona, es decir, la interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar y que determinan en cada caso una situación peculiar” (Pedrosa, 2009, p.7)

El ámbito escolar se puede decir que es el primer encuentro que tiene el ser humano a la socialización donde se empiezan a distinguir y a crear vínculos con los pares.

Por otro lado, como lo menciona Laespada et al. (2004):

En el ámbito escolar se promueven las dimensiones que se relacionan con la aparición o ausencia de los factores de riesgo o de protección. En la escuela se puede iniciar en el consumo de las drogas, experimentando sensaciones nuevas, adaptándose al mundo social y combatiendo el aburrimiento. La escuela proporciona una ventaja donde el adolescente puede satisfacer su curiosidad y planificar su ocio desde el punto de vista constructivo. (p.22)

Por esta razón:

En general, lo que determina la susceptibilidad al consumo de drogas de una persona joven es la conjugación decisiva de los factores de riesgo que están presentes y los factores de protección que están ausentes en una determinada etapa de la vida de esa persona. (Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito [UNODC], 2018, p.11)

De esta manera se evidencia en lo consignado, la importancia de esta investigación que busca aportar variables teóricas y poder ayudar a identificar factores de riesgo, y promover líneas de investigación que apunten a los factores protectores para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y reducir afectaciones en la salud, es válido entonces plantear:

**Pregunta problema.**

Desde la importancia de la problemática anteriormente mencionada es importante darle respuesta a la siguiente pregunta:

¿Es importante describir los esquemas mal adaptativos tempranos disfuncionales como factores de vulnerabilidad cognitiva y como factores de riesgo para los procesos de tratamiento en sujetos reincidentes en comunidad terapéutica?

## **Objetivos.**

### **Objetivo general.**

Caracterizar los esquemas mal adaptativos tempranos más disfuncionales en residentes recaídos de una comunidad terapéutica de la ciudad de Medellín.

### **Objetivos específicos.**

- Identificar los esquemas disfuncionales por encima del límite superior a través de la prueba de los esquemas mal adaptativos tempranos de Young (EMT).
- Clasificar los dominios esquemáticos a través de la prueba EMT de Young.
- Describir los esquemas mal adaptativos tempranos de acuerdo con los dominios esquemáticos.

## Justificación

La presente Investigación, se hace con el objetivo de identificar los esquemas mal adaptativos tempranos de los cuales se despliegan los dominios esquemáticos asociados como factores de vulnerabilidad cognitiva, que predominan en los individuos que recaen en el consumo de sustancias psicoactivas.

Otra de las razones por la cual se realiza esta investigación es por el aumento que hoy en día se presenta en el consumo de sustancias psicoactivas, así lo demuestra el estudio realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane, 2020):

Dentro de los resultados más relevantes de estos estudios, se encuentra que el consumo está creciendo en el país. En 2008, la prevalencia de consumo de cualquier droga ilícita alguna vez en la vida fue de 9,1%, mientras que en 2013 asciende a 13,8%. En cuanto al consumo de cualquier droga ilícita en el último año, en 2008 la prevalencia reportada fue de 2,7%, y en 2013 sube a 3,6%.

Lo consignado desde los antecedentes referenciales nos señalan la importancia de esta investigación, que busca aportar de una manera muy descriptiva elementos teóricos basados desde el enfoque cognitivo conductual y desde el conocimiento sobre el concepto de vulnerabilidad cognitiva y los dominios disfuncionales, desde la perspectiva de la teoría cognitiva, los esquemas mal adaptativos tempranos se perciben como patrones estructurales persistentes y duraderos en el tiempo, que operan de manera disfuncional, las cuales se identificarán en individuos con problemas de sustancias psicoactivas que recaen y así caracterizar elementos cognitivos, emocionales y conductuales de una manera muy descriptiva, posibilitando nuevos enfoques de intervención posteriores a esta investigación.

### **Marco teórico.**

Los factores de riesgo asociados a la reincidencia de personas consumidoras son variables y pueden incluso llegar a ser modificables, se evidencia que pueden llegar a ser desde genéticos, ambientales, conductuales o socioeconómicos o quizá una combinación entre ellos y puede darse según rasgos particulares de la etapa en la que el individuo se encuentre.

Entre las investigaciones realizadas y que tienen que ver con las variables de la presente investigación, las cuales permiten fundamentar el marco teórico, según Bahamon (2020),

Los factores de riesgo psicosociales asociados a las recaídas en hombres que se encuentran en tratamiento de desintoxicación, muestra que la prevalencia en el consumo en la población colombiana viene por parte del género masculino, a su vez, sustenta que los factores que llevan al consumo de Sustancias psicoactivas tienen una gran similitud con los factores de riesgo presentes en las recaídas; sin embargo, en una recaída se tienen valor agregado, ya que se debe a síntomas de abstinencia lo que puede dificultar el mantenimiento del tratamiento, sustenta que el consumo a temprana edad se debe a que no se tiene algún tipo de restricción con la consecución de las mismas, el estudio concluyó con que uno de los factores psicosociales primordiales en medio de un proceso de desintoxicación y abandono del consumo es la red de apoyo familiar, en el que se debe brindar las herramientas para mejorar los lazos internos del sujeto con los integrantes de la familia, además se debe orientar a los parientes para la identificación oportuna de señales.

Así mismo, en el año 2015 un estudio realizado demostró que:

La sustancia principal de consumo es la marihuana, otro dato importante fue con respecto a los motivos de la búsqueda de tratamiento y el no consumo en medio de su abstinencia, donde el 50% arroja que fue por motivos voluntarios; sin embargo, el 30% lo hizo por su familia, a modo de conclusión las variables intrapersonales como búsqueda de sensaciones positivas, control atencional

(atención focalizada), estados emocionales negativos y regulación emocional (conductas dirigidas a metas) son factores de riesgo determinantes en las recaídas de consumo de drogas. (Blanco y Morales, 2015 p.152)

Por otra parte, Cardona et al. (2020) lograron identificar que:

uno de los principales factores de riesgo fue las emociones negativas que pudieron experimentar en su entorno donde puede abarcar la soledad, depresión entre otros, además: síntomas como ansiedad, frustración y hasta problemas con la conciliación del sueño. Sin embargo, la exposición a la misma y el control frente a esta es una de las situaciones que pueden precipitar a la recaída según el resultado el 40% pensó que podía controlar el consumo al consumir un poco de la sustancia y detenerlo (p.48)

Desde lo anterior, es importante tener en cuenta que los factores asociados a la reincidencia deben abarcar un enfoque integral en la identificación y manejo de los factores de riesgo relevantes para cada persona. De acuerdo con los estudios anteriores tienen como factor común que la prevalencia del consumo y recaída no abarca un límite de edad, además señalan que la principal sustancia consumida es la marihuana. Paralelo a esto, se menciona como factor de riesgo que pudiese llegar a presentarse un poli consumo lo cual es un punto importante para trabajar y mencionan la importancia de las redes de apoyo y seguimiento del tratamiento.

Para efectos de la investigación, también es de vital importancia tener bases y estudios con respecto a los esquemas mal adaptativos tempranos con relación al consumo de SPA.

Asimismo, existe una correlación entre los esquemas de abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, derecho/ grandiosidad, auto sacrificio y entrampamiento con respecto al consumo de alcohol, teniendo como conclusión principal que el consumo excesivo de alcohol se puede relacionar con estilos cognitivos, donde priman creencias y expectativas de superioridad y de poca

conciencia, por último, arrojó que existe una baja tolerancia a la frustración y a procesar emociones que son evaluadas como desagradables o negativas (Gantiva et al.,2010 p.1)

Por otro lado, (Chattasen,2011) indagó sobre los esquemas tempranos desadaptativos en las Adicciones, por medio de un grupo clínico y de comparación consumidor y no consumidor en su respectivo orden donde se encontró que:

El sujeto drogodependiente posee Esquemas Tempranos Desadaptativos más severos que el sujeto sin el mismo diagnóstico, además un aspecto relevante dentro de sus resultados es que el dependiente, se siente más vulnerable, y menos eficaz ante los desafíos y tiene mayores sentimientos de imperfección o la sensación de tener mayores defectos que los demás (p. 34)

### **Bases teóricas.**

Para dar respuesta a la pregunta problematizada que guía esta investigación, se abordara el enfoque cognitivo conductual y se referenciaran otras teorías psicológicas, como elementos representativos del mismo fenómeno, para los problemas asociados al trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y las recaídas que presentan los sujetos.

El enfoque cognitivo conductual es un modelo de intervención psicológica que cuenta con cuatro pilares teóricos los cuales son: el aprendizaje clásico de Iván Paulov, aprendizaje operante de Skinner, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo de Bandura. La terapia cognitivo conductual ha demostrado una eficacia en estudios de seguimiento a largo plazo. Esta se caracteriza como un marco metodológico que se enfoca en la elección de estrategias terapéuticas adecuadas para cada paciente ya que cada caso es diferente. (Minici ET AL.,2021)

Tal como lo menciona (Beck, 1976, citado en Martínez y Amar, 2006, p.122): “La Terapia Cognitiva (T.C.) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología, el cual plantea que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo (estructura cognitiva) determinan sus sentimientos y conducta”

En el prólogo a la edición española del libro terapia de esquemas destacan:

La importancia y vigencia de la evaluación retrospectiva de la consolidación de los esquemas a lo largo de las etapas del proceso evolutivo, a los que considera como aprendizajes congelados cuya persistencia explica las disfunciones presentes en su vida adulta, con renovadas características cognitivas que resultan orientadoras para la aplicación de estrategias y técnicas durante el proceso terapéutico. (p.9)

La descripción de los términos de esquemas mal adaptativos se abordará desde la teoría del esquema, esta parte de cinco constructos teóricos que son propuestos como una ampliación del modelo de la terapia cognitiva a corto plazo propuesta por Beck y sus colegas (1979):

Esquemas maladaptativos tempranos, dominios esquemáticos, mantenimiento de esquemas, evitación del esquema y compensación del esquema. (p 5)

### **Teoría Gestalt desde el enfoque Humanista.**

Una terapia que no tenga en cuenta el momento presente, el aquí y ahora, sólo se centraría en las ansiedades del paciente, ya que toda pregunta sobre el futuro estaría formulada sobre un hecho que aún no ha ocurrido. Este tipo de cuestionamientos sólo lleva a la interminable representación de un papel, lo que en Gestalt se llama pánico a la escena. Toda terapia puede llevarse a cabo únicamente en el ahora. Cualquier otro método sólo constituye una interrupción, dado que sólo nos permite acceder a la conciencia en el momento presente, el ahora en este lugar y permanecer en él (Naranjo, 1994 y castanedo, 1995, como se citó en calabró, p.8)

### **Sistémica.**

Para los individuos farmacodependientes es muy importante la red de apoyo ya sea familiar, laboral o de educación, ya que todas estas áreas son un sistema donde la relación del individuo es muy importante, para que éste logre crear relaciones sanas que le permitan enfrentar o modificar su conducta frente a su adicción.

Por otro lado, como lo menciona Martínez (2018):

La familia, o el entorno en el que se desenvuelve el sujeto, es vista como un sistema donde la interrelación de las distintas conductas da lugar al problema percibido. La intervención realizada desde esta perspectiva no se limitará al tratamiento del paciente designado o del problema

percibido, sino que la intervención abarcará al sistema por completo. El objetivo es introducir cambios o nuevos elementos en el sistema con la finalidad de modificar el sistema y alcanzar la solución del problema (p. 22)

### **Psicoanálisis.**

Desde la teoría psicoanalítica freudiano y lacaniano se puede enfatizar la importancia del inconsciente en los sujetos farmacodependientes, ya que el deseo pulsional de estos sujetos lo lleva a una metonimia de una manera inconsciente a su consumo de sustancias psicoactivas, ya que este sujeto se encuentra en constante momento de placer visto el placer desde el consumo de sustancias psicoactivas, la motivación también puede estar oculta en el inconsciente estando fuera de control de estos sujetos. (Zambrano,2013)

### **Vulnerabilidad cognitiva**

Como lo explica Londoño (2020):

Uno de los componentes de la vulnerabilidad cognitiva consiste en la percepción que tiene la persona de no poseer, o no ser suficiente el control interno o externo sobre los peligros, aunque la vulnerabilidad afecta todo el sistema cognitivo, que lo convierte en una forma estable de percibir y valorar el mundo (p 2).

Es por lo mencionado que se debe tener presente en como el individuo desde la mirada cognitiva va creando su mundo, conforme va creciendo por medio de esquemas mal adaptativos tempranos, creencias centrales, pensamientos automáticos y estrategias de afrontamiento, ya que son

estos quienes dirigen la manera de interpretar su entorno llegando a crear así algún tipo de riesgo/vulnerabilidad en el individuo. (Londoño et al., 2020)

Según García (2009) citado en Zabal (2021) “Los factores de vulnerabilidad cognitivos se entienden latentes y se presentan a partir de experiencias previas significantes que resulta una enseñanza, y se ven reflejados en la forma de pensar y actuar de una persona en el futuro” (p.3)

### **Factores de riesgo.**

Los factores de riesgo aumentan la posibilidad de que una persona recaiga o inicie en el consumo, ya sea con sustancias ilícitas o lícitas, los factores de riesgo pueden ser circunstancias personales o sociales. Por lo que, a (Roca, Aguirre y Castillo citado en Arias, 2012, citado en Gutiérrez et al.2016, p.4) mencionan:

Existen una serie de elementos que generan cierto riesgo en los adolescentes con relación al consumo de alcohol. En términos generales los factores de riesgo hacen referencia a cualquier evento o circunstancia de naturaleza biológica, psicológica y social, que pueda favorecer la aparición de un problema.

### **Pensamientos automáticos**

En el caso de los pensamientos automáticos, estos se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. En general son breves, tele gramáticos, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes, a la persona se le imponen, por eso son automáticos. Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias. Ya que en general las personas no son plenamente conscientes de sus creencias, pero sí lo son o lo pueden llegar a ser de sus pensamientos automáticos. Un ejemplo de pensamiento automático podría ser el de una

mujer que estando en una fiesta mira a un hombre que le gusta y se dice: “Estás fea”, “No te va a dar bola”, “Igual te vas a quedar sola” o “Te va a terminar dejando”. Estos pensamientos automáticos podrían corresponder a una creencia nuclear del tipo: “No merezco el amor de nadie”. (Camacho, 2023, p. 6-7)

### **Distorsión cognitiva**

Se entiende por distorsión cognitiva al procesamiento cognitivo de la información distorsionada.

(Beck, 1988, como se citó en Mosqueda et al., 2017, p.223) La TCC (Terapia Cognitivo Conductual) propone que son nuestras interpretaciones de la realidad, y no los meros hechos, los que determinan nuestras emociones, sentimientos y conducta. Si se interpreta la realidad de forma distorsionada, se desencadenarán emociones y sentimientos negativos, por ejemplo, sentimientos de ansiedad, ira, depresión, por un lado y por el otro, las acciones derivadas serán desadaptativas.

### **Recaída.**

Es importante mencionar que cuando se habla de recaída se refiere a.

Una recaída se da cuando la persona que ha logrado mantenerse sin consumo se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con estrategias de enfrentamiento para mantener la abstinencia. Según este modelo, si el usuario es capaz de dar una respuesta adecuada ante la situación de riesgo, es decir, eliminar o desactivar la fuerza que lo empuja al consumo, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente ya que experimentará una sensación de control, que además incrementará su percepción de autoeficacia. (Torres et al., 2014, p.5)

**Dependencia.**

La dependencia se caracteriza por un patrón de uso compulsivo o repetitivo de una sustancia, en la cual el individuo sigue consumiendo la sustancia, a pesar de las consecuencias físicas, psíquicas, laborales, familiares que ello trae. (Cevallos, 2014 p. 25)

**Esquemas mal adaptativos tempranos.**

Se puede entender esquema como un patrón que encamina u orienta la manera de comprender el mundo al clasificar, interpretar, evaluar y asignar significados, sin embargo, cuando estos generan un malestar y este es elaborado a lo largo de su vida puede denominarse como disfuncional y a su vez desencadenar un trastorno de personalidad (Londoño et al., 2011)

Por otro lado, (Young & Klosko, 2001; Young, 1999, como se citó en campos, 2007, p. 31) 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 a través de la terapia.

Po otro lado, como mencionan Polo y Amar (2006):

De manera general, con todos estos términos equivalentes, se hace referencia a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los cuales

conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia. Se trata, con otras palabras, de una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos o no ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer “inactivos a lo largo del tiempo” y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social) se activan y actúan a través de situaciones concretas, produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas) (p.122)

### **Creencias irracionales.**

(Ellis, 2000, p. 53, como se citó en Cruz, 2017, p. 167) Para Albert Ellis, las creencias irracionales se caracterizan por ser falsas, es decir, no coinciden con la realidad. Se expresan como demandas, necesidades o deberes. Llevan a emociones inadecuadas, como la depresión y la ansiedad, y no ayudan a conseguir los objetivos personales. Estas creencias son más dañinas que útiles. A menudo nos ponen físicamente enfermo o nos debilitan.

El pánico provocado por las creencias irracionales interfiere en su funcionamiento intelectual y dificulta la capacidad de planificar y poner en marcha los esquemas necesarios para obtener el logro.

### **Habilidades sociales.**

(Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989, como se citó en Pedrosa, 2009, p. 150) Son capacidades de interacción social, recursos para establecer relaciones adecuadas y adaptadas a la realidad, expresando las propias opiniones y sentimientos

### **Sustancias psicoactivas.**

Es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso

central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su consumo puede crear consumo problemático o dependencia. (ministro de salud y protección social [MSPS], 2023)

#### **Sustancias inhalantes.**

Es importante mencionar que cuando se habla sustancias inhalantes se refiere a

Los inhalables son sustancias químicas tóxicas, que se transforman fácilmente en vapor o en gas cuando se exponen al aire. Se inhalan por la nariz y/o boca y alteran las funciones del cerebro, causando graves daños en el organismo, incluso pueden provocar una muerte instantánea. Estas sustancias se pueden encontrar de manera legal, pues muchas veces tienen utilidades industriales; sin embargo, obtenerlas para consumo humano es ilegal. (Campo Et al., sf, p.2)

#### **Sustancias Estimulantes.**

Como menciona Montoya et al. (2014):

Las sustancias estimulantes aceleran el funcionamiento habitual del SNC, provocando un estado de activación que puede ir, por ejemplo, desde una mayor dificultad para dormir tras el consumo de café, hasta un estado de hiperactividad tras el consumo de cocaína o anfetaminas. Por último, las sustancias perturbadoras son aquellas que trastocan el funcionamiento del SNC, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, ilusiones etc (p. 94)

#### **Sustancias depresoras.**

“Las sustancias depresoras tienen la capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del SNC, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso de adormecimiento cerebral” (Montoya et al., 2014, p. 94)

**Sustancias Alucinógenas.**

Es importante aclarar que cuando se habla de sustancias alucinógenas nos referimos a.

Las sustancias alucinógenas, son aquellas que cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, tales como la cognición o la afectividad, las hay volátiles, que se transforman en vapor a temperatura ambiente, además se inhalan para obtener efectos psicoactivos (también llamadas inhalantes) tales como pegamento, aerosoles, pinturas, disolventes industriales, quitaesmaltes, gasolina y líquidos de limpieza. (Organización mundial de la salud, 2008, como se citó en Betancur et al., 2019, p.5)

**Drogodependencia.**

La drogodependencia fue definida, como tal, por primera vez por la OMS en 1964 como estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad". Más tarde, en 1969, la OMS catalogó la drogodependencia como una enfermedad maligna, progresiva y transmisible. (Moral et al., sf, p.5)

## Metodología

Esta investigación tiene como propósito caracterizar , describir , identificar los esquemas maladaptativos tempranos y sus dominios en sujetos reincidentes de una comunidad terapéutica, desde la teoría de los esquemas podemos decir que, a mayores esquemas mal adaptativos tempranos puede existir una vulnerabilidad cognitiva mayor, por lo tanto, así mismo los dominios esquemáticos asociados predominantes, pueden sumar desde lo cognitivo emocional a incrementar variables disfuncionales para abordar el problema del consumo, aquello que se identificara en esta investigación podrá ser elemento de estudio posterior a esta investigación, como por ejemplo, la incidencia de los esquemas como factor de recaídas.

El enfoque metodológico que se llevará a cabo será el cuantitativo, según lo planteado por Neill et al. (2018):

La investigación cuantitativa es una forma estructurada de recopilar y analizar datos obtenidos de distintas fuentes, lo que implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados. Es concluyente en su propósito ya que trata de cuantificar el problema y entender qué tan generalizado está mediante la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor (p.69)

por esta razón dicho método de investigación se basa en la aplicación de la prueba de Esquemas maladaptativos de Young para identificar las características de los esquemas de sujetos reincidentes de una comunidad terapéutica en la ciudad de Medellín, planteado desde la obtención de información desde una investigación descriptiva, proveniente de las pruebas EMT aplicadas, para esto se tiene en cuenta la población adulta entre 22 a 30 años.

Es importante mencionar, que cuando se habla de investigación descriptiva se hace referencia a

Que su preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. Las investigaciones descriptivas utilizan criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes (Sabino,1992, p. 35)

### **Población y muestra.**

La población es la totalidad de elementos del estudio, es delimitado por el investigador según la definición que se formule en el estudio. La población y el universo tienen las mismas características por lo que a la población se le puede llamar universo o de forma contraria, al universo, población (González Gallardo,2021, p.113).

Por lo tanto, el presente estudio está conformado por hombres con edades entre los 22 a 30 de una comunidad terapéutica de la ciudad de Medellín que hayan tenido recaídas.

### **Criterios de inclusión.**

- Hombres
- Individuos que hayan vuelto a la comunidad terapéutica mínimo 2 veces

### **Criterios de exclusión**

- Menores de edad
- No residentes de Medellín
- Individuos que hayan ingresado una vez a la comunidad terapéutica.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

En este estudio, se empleó el "Esquema de Young" como la herramienta principal para evaluar los Esquemas Mal adaptativos Tempranos (EMT) en los participantes. Este cuestionario consta de un total de 67 preguntas diseñadas para explorar la presencia y la intensidad de diferentes EMT. Cada pregunta presenta seis opciones de respuesta que varían desde "Nunca lo he pensado en toda mi vida" hasta "Lo he pensado siempre en toda mi vida." Los participantes respondieron a estas afirmaciones según su propia experiencia y percepción.

El rango de edades de los participantes abarcó desde los 22 hasta los 30 años. En el momento en que se llevó a cabo la investigación todos llevaban un tiempo diferente en el centro, sin embargo, ninguno supera los 10 meses. Esta información demográfica y de consumo, es fundamental para contextualizar el estudio y comprender la relación entre los esquemas mal adaptativos tempranos y la reincidencia en el consumo de drogas en este entorno terapéutico.

La administración del cuestionario se realizó de acuerdo la voluntariedad de la participación, garantizando que los participantes comprendieran plenamente las preguntas y las opciones de respuesta y se enfatizó la confidencialidad de estas.

### Método de análisis de datos.

El análisis de datos se realizó por medio de estadística descriptiva para así crear tablas y gráficos, por lo cual se utilizó el programa Excel 2016 con el fin de procesar y analizar los datos.

### Resultados.

Se realizó una gráfica general de los once (11) sujetos participantes del centro de rehabilitación, también se realizó un análisis individual de cada sujeto y en consecuencia los resultados obtenidos de las pruebas de los esquemas mal adaptativos tempranos (EMT).

**Figura 1.**

*Resultados generales pruebas EMT aplicada a 11 sujetos.*

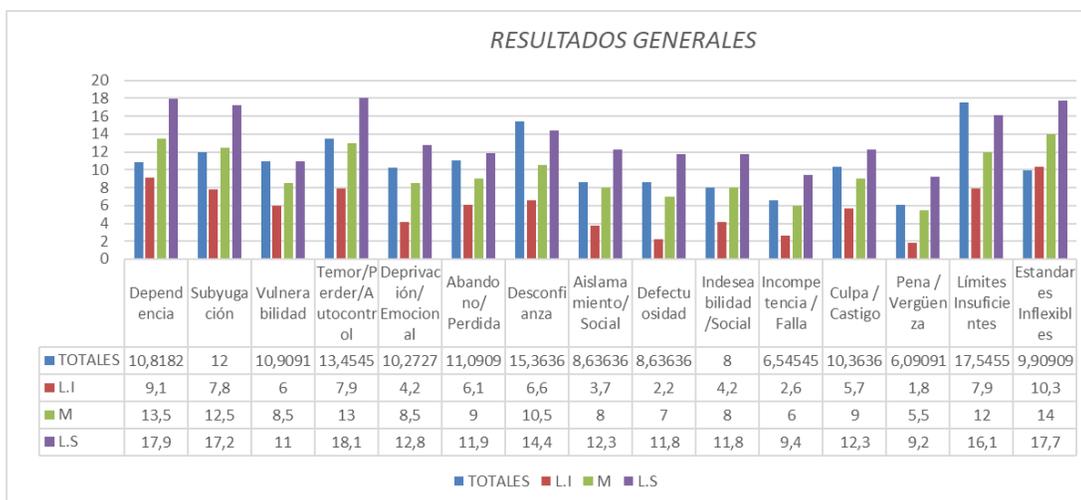


Figura 1. resultados generales de los 11 sujetos que realizaron la prueba evidenciando los esquemas que más predominan en los sujetos evaluados.

El gráfico presenta los resultados generales de la prueba EMT aplicada a 11 sujetos en el centro de rehabilitación. Esta prueba consta de 15 esquemas mal adaptativos que pueden volverse

disfuncionales cuando los resultados están por encima del límite superior (L.I). Se ha observado que los sujetos muestran una mayor disfuncionalidad en los esquemas límites insuficientes y desconfianza.

**Tabla 1.**

*Esquemas mal adaptativos tempranos sujeto 1*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 8              |
| Subyugación              | 11             |
| Vulnerabilidad           | 9              |
| Temor/Perder/Autocontrol | 11             |
| Deprivación/ Emocional   | 10             |
| Abandono/ Perdida        | 12             |
| Desconfianza             | 15             |
| Aislamiento/ Social      | 7              |
| Defectuosidad            | 12             |
| Indeseabilidad /Social   | 7              |
| Incompetencia / Falla    | 4              |
| Culpa / Castigo          | 14             |
| Pena / Vergüenza         | 4              |
| Límites Insuficientes    | 21             |
| Estándares Inflexibles   | 7              |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla número uno (1) la cual corresponde a la prueba realizada al sujeto uno (1) se evidencia que de quince (15) esquemas siete (7) son disfuncionales, lo cual tiene el 46.66% de factores de riesgo y mínimas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y restauración cognitiva.

**Tabla 2.**

*Esquemas mal adaptativos tempranos sujeto 2*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 15             |
| Subyugación              | 13             |
| Vulnerabilidad           | 5              |
| Temor/Perder/Autocontrol | 13             |
| Deprivación/ Emocional   | 10             |
| Abandono/ Perdida        | 10             |
| Desconfianza             | 14             |
| Aislamiento/ Social      | 5              |
| Defectuosiad             | 7              |
| Indeseabilidad /Social   | 5              |
| Incompetencia / Falla    | 8              |
| Culpa / Castigo          | 15             |
| Pena / Vergüenza         | 4              |
| Límites Insuficientes    | 11             |
| Estándares Inflexibles   | 9              |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla dos (2) la cual corresponde a la prueba realizada al sujeto dos (2) se evidencia que de quince (15) esquemas cinco (5) son disfuncionales, lo cual tiene el 33.33% de factores de riesgo y mínimas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y restauración cognitiva.

**Tabla 3.**

*Esquemas mal adaptativos tempranos sujeto 3*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 8              |
| Subyugación              | 10             |
| Vulnerabilidad           | 11             |
| Temor/Perder/Autocontrol | 12             |
| Deprivación/ Emocional   | 21             |
| Abandono/ Perdida        | 11             |
| Desconfianza             | 18             |
| Aislamiento/ Social      | 10             |
| Defectuosidad            | 7              |
| Indeseabilidad /Social   | 7              |
| Incompetencia / Falla    | 7              |
| Culpa / Castigo          | 6              |
| Pena / Vergüenza         | 4              |
| Límites Insuficientes    | 15             |
| Estándares Inflexibles   | 15             |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla tres (3) la cual corresponde a la prueba realizada al sujeto tres (3) se evidencia que de quince (15) esquemas cinco (5) son disfuncionales lo cual tiene el 33.33% de factores de riesgo y mínimas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y restauración cognitiva.

**Tabla 4.**

*Esquemas mal adaptativos tempranos sujeto 4*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 14             |
| Subyugación              | 14             |
| Vulnerabilidad           | 11             |
| Temor/Perder/Autocontrol | 14             |
| Deprivación/ Emocional   | 15             |
| Abandono/ Perdida        | 12             |
| Desconfianza             | 16             |
| Aislamiento/ Social      | 14             |
| Defectuosidad            | 9              |
| Indeseabilidad /Social   | 14             |
| Incompetencia / Falla    | 7              |
| Culpa / Castigo          | 9              |
| Pena / Vergüenza         | 12             |
| Límites Insuficientes    | 26             |
| Estándares Inflexibles   | 8              |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla cuatro (4) la cual corresponde a la prueba realizada del sujeto cuatro (4) se evidencia que de quince (15) esquemas diez (10) son disfuncionales, lo cual demuestra que tiene 66.66% de factores de riesgo y mínimas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y restauración cognitiva.

**Tabla 5.**

*Esquemas mal adaptativos tempranos sujeto 5*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 11             |
| Subyugación              | 11             |
| Vulnerabilidad           | 11             |
| Temor/Perder/Autocontrol | 15             |
| Deprivación/ Emocional   | 8              |
| Abandono/ Perdida        | 13             |
| Desconfianza             | 15             |
| Aislamiento/ Social      | 12             |
| Defectuosidad            | 13             |
| Indeseabilidad /Social   | 7              |
| Incompetencia / Falla    | 7              |
| Culpa / Castigo          | 6              |
| Pena / Vergüenza         | 7              |
| Límites Insuficientes    | 20             |
| Estándares Inflexibles   | 13             |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla cinco (5) la cual corresponde a la prueba realizada del sujeto cinco (5) se evidencia que de quince (15) esquemas siete (7) son disfuncionales, lo cual demuestra que tiene 46.66% de probabilidad de estrategias de afrontamiento y problemáticas en habilidades sociales y restauración cognitiva.

**Tabla 6.**

*Esquemas mal adaptativos tempranos sujeto 6*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 6              |
| Subyugación              | 10             |
| Vulnerabilidad           | 6              |
| Temor/Perder/Autocontrol | 16             |
| Deprivación/ Emocional   | 7              |
| Abandono/ Perdida        | 14             |
| Desconfianza             | 19             |
| Aislamiento/ Social      | 5              |
| Defectuosidad            | 9              |
| Indeseabilidad /Social   | 9              |
| Incompetencia / Falla    | 4              |
| Culpa / Castigo          | 10             |
| Pena / Vergüenza         | 4              |
| Límites Insuficientes    | 18             |
| Estándares Inflexibles   | 10             |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla seis (6) la cual corresponde a la prueba realizada del sujeto seis (6) se evidencia que de quince (15) esquemas cinco (5) son disfuncionales, lo cual demuestra que tiene 33.33% de factores de riesgo y mínimas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y restauración cognitiva.

**Tabla 7.**

*Esquemas mal adaptativos tempranos sujeto 7*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 6              |
| Subyugación              | 10             |
| Vulnerabilidad           | 15             |
| Temor/Perder/Autocontrol | 12             |
| Deprivación/ Emocional   | 6              |
| Abandono/ Perdida        | 5              |
| Desconfianza             | 14             |
| Aislamiento/ Social      | 11             |
| Defectuosidad            | 5              |
| Indeseabilidad /Social   | 4              |
| Incompetencia / Falla    | 4              |
| Culpa / Castigo          | 8              |
| Pena / Vergüenza         | 5              |
| Límites Insuficientes    | 11             |
| Estándares Inflexibles   | 12             |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla siete (7) la cual corresponde a la prueba realizada del sujeto siete (7) se evidencia que de quince (15) esquemas mal adaptativos tempranos cinco (5) son disfuncionales, los cuales son vulnerabilidad, temor/perder/control, desconfianza, aislamiento social y límites insuficientes, lo cual demuestra que tiene 33.33% de factores de riesgo y mínimas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y restauración cognitiva.

**Tabla 8.**

*Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 8*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 11             |
| Subyugación              | 16             |
| Vulnerabilidad           | 13             |
| Temor/Perder/Autocontrol | 16             |
| Deprivación/ Emocional   | 10             |
| Abandono/ Perdida        | 13             |
| Desconfianza             | 10             |
| Aislamiento/ Social      | 9              |
| Defectuosidad            | 11             |
| Indeseabilidad /Social   | 11             |
| Incompetencia / Falla    | 7              |
| Culpa / Castigo          | 11             |
| Pena / Vergüenza         | 8              |
| Límites Insuficientes    | 19             |
| Estándares Inflexibles   | 14             |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla ocho (8) la cual corresponde a la prueba realizada del sujeto ocho (8) se evidencia que de quince (15) esquemas maladaptativos tempranos nueve (9) son disfuncionales, los cuales son dependencia, subyugación, temor/perder/control, abandono/perdida, defectuosidad, indeseabilidad/social, culpa/castigo, límites insuficientes y estándares inflexibles lo cual demuestra que tiene 60.00% de factores de riesgo y mínimas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y restauración cognitiva.

**Tabla 9.**

*Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 9*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 14             |
| Subyugación              | 9              |
| Vulnerabilidad           | 13             |
| Temor/Perder/Autocontrol | 12             |
| Deprivación/ Emocional   | 10             |
| Abandono/ Perdida        | 11             |
| Desconfianza             | 15             |
| Aislamiento/ Social      | 8              |
| Defectuosidad            | 8              |
| Indeseabilidad /Social   | 5              |
| Incompetencia / Falla    | 11             |
| Culpa / Castigo          | 10             |
| Pena / Vergüenza         | 4              |
| Límites Insuficientes    | 13             |
| Estándares Inflexibles   | 10             |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla nueve (9) la cual corresponde a la prueba realizada del sujeto nueve (9) cuenta con siete (7) esquemas maladaptativos tempranos disfuncionales, los cuales son: dependencia, vulnerabilidad, abandono/perdida, desconfianza, incompetencia/falla, culpa/castigo y límites insuficientes, lo cual equivale al 46.66% de factores de riesgo y mínimas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y restauración cognitiva.

**Tabla 10.**

*Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 10*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 13             |
| Subyugación              | 10             |
| Vulnerabilidad           | 12             |
| Temor/Perder/Autocontrol | 9              |
| Deprivación/ Emocional   | 5              |
| Abandono/ Perdida        | 12             |
| Desconfianza             | 15             |
| Aislamiento/ Social      | 7              |
| Defectuosidad            | 8              |
| Indeseabilidad /Social   | 8              |
| Incompetencia / Falla    | 9              |
| Culpa / Castigo          | 9              |
| Pena / Vergüenza         | 5              |
| Límites Insuficientes    | 21             |
| Estándares Inflexibles   | 9              |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla diez (10) la cual corresponde a la prueba realizada por el sujeto número diez (10) cuenta con cinco (5) esquemas maladaptativos tempranos disfuncionales, los cuales son: dependencia, vulnerabilidad, abandono/perdida, desconfianza y límites insuficientes, lo cual equivale al 33.33% de factores de riesgo y mínimas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y restauración cognitiva.

**Tabla 11.**

*Esquemas maladaptativos tempranos sujeto 11*

| <b>ESQUEMAS</b>          | <b>PUNTAJE</b> |
|--------------------------|----------------|
| Dependencia              | 13             |
| Subyugación              | 18             |
| Vulnerabilidad           | 14             |
| Temor/Perder/Autocontrol | 18             |
| Deprivación/ Emocional   | 11             |
| Abandono/ Perdida        | 9              |
| Desconfianza             | 18             |
| Aislamiento/ Social      | 7              |
| Defectuosiadad           | 6              |
| Indeseabilidad /Social   | 11             |
| Incompetencia / Falla    | 4              |
| Culpa / Castigo          | 16             |
| Pena / Vergüenza         | 10             |
| Límites Insuficientes    | 18             |
| Estándares Inflexibles   | 4              |

**Nota:** resultados obtenidos de la elaboración de las pruebas EMT.

En la tabla número once (11) la cual corresponde a la prueba realizada por el sujeto número once (11) cuenta con siete (7) esquemas maladaptativos tempranos disfuncionales, los cuales son: subyugación, vulnerabilidad, temor/perder/control, abandono/perdida, desconfianza, culpa/castigo y límites insuficientes, lo cual equivale al 46.66% de factores de riesgo y mínimas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y restauración cognitiva.

### **Discusión.**

El objetivo primordial de este estudio consistió en identificar los esquemas mal adaptativos tempranos de acuerdo con cada dominio esquemático, particularmente, aquellos identificados a través de la prueba EMT de Young, algunas investigaciones ya consignadas en el trabajo pueden dar cuenta a que mayor esquema maladaptativos temprano disfuncionales puede haber factor de riesgo de recaída y/o abandono del proceso de rehabilitación. A través de un análisis de quince variables: dependencia, subyugación, vulnerabilidad, temor a perder el control, deprivación emocional, abandono, desconfianza, aislamiento social, defectuosidad, indeseabilidad social, culpa-castigo, pena/vergüenza, límites insuficientes y estándares inflexibles. los resultados obtenidos nos permitieron evidenciar 2 esquemas predominantes (límites insuficientes y desconfianza) A continuación, se discuten los principales hallazgos de la investigación.

Se ha podido establecer la existencia de variables significativas entre estos esquemas mal adaptativos y factores de riesgo, que guardan una relación directa con las recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas. En particular, se ha observado que los esquemas de desconfianza y límites insuficientes predominan como los factores más prominentes en este contexto. lo consignado en esta investigación aporta a otras investigaciones consignadas que delimitan correlaciones de magnitud media identificadas en los esquemas de dependencia, subyugación y estándares inflexibles, se observaron también correlaciones moderadas, no de severidad alta, con variables que podrían actuar como factores desencadenantes en el abandono del proceso. Entre estas variables se encuentran la vulnerabilidad, el abandono o pérdida, la desconfianza, la defectuosidad, la pena/vergüenza y la culpa/castigo. Estos resultados sugieren la presencia de pensamientos y situaciones que podrían contribuir de manera significativa al abandono del proceso de rehabilitación.

Por consiguiente, se propone que, en futuras investigaciones, se preste una atención especial a estos factores de riesgo, dada su relevancia en el contexto del tratamiento de adicciones. Se sugiere que se implementen estrategias destinadas a fortalecer las habilidades de los individuos en el momento de su transición a la vida después del tratamiento, con el objetivo de minimizar la influencia de estos factores en las recaídas y los abandonos del proceso.

También se buscaba identificar que dominios esquemáticos tomaban relevancia y el significado de ello, se encontró que el esquema de 'límites insuficientes' se vincula estrechamente con el dominio esquemático de 'Autonomía', dado que los individuos que presentaron este esquema manifestaron dificultades para establecer límites personales y, por ende, experimentaron complicaciones en la toma de decisiones autónomas.

Por otro lado, el esquema de 'desconfianza' se asocia significativamente con el dominio esquemático de 'Supervivencia y Seguridad', ya que los participantes con este esquema tendieron a mostrar un alto grado de cautela y desconfianza hacia su entorno y las relaciones interpersonales. Esta falta de confianza constante en el mundo los llevó a vivir en un estado de alerta, lo que a su vez influyó en su capacidad para formar relaciones de confianza y experimentar una sensación de seguridad. En consonancia con nuestros resultados, otro estudio relevante realizado por Shorey et al. (2014) se enfocó en investigar esquemas cognitivos maladaptativos en mujeres jóvenes con edades comprendidas entre 17 y 27 años. En su estudio, los investigadores observaron que el esquema 'Insuficiente Autocontrol' también fue identificado como el más notorio. Este hallazgo refuerza la importancia de este esquema en poblaciones específicas, resaltando su influencia en el comportamiento y la toma de decisiones.

Como se mencionó previamente en la discusión, es fundamental tener presente la influencia de los factores de riesgo identificados en este estudio en relación con el abandono del proceso de rehabilitación. Sin embargo, también reconocemos que, debido a las limitaciones del presente estudio, no se ha explorado a fondo la diversidad de factores contextuales que podrían estar contribuyendo a estas correlaciones. Por lo tanto, sugerimos que futuras investigaciones se enfoquen en abordar estas cuestiones de manera más completa.

En particular, recomendamos ampliar la muestra de participantes para incluir múltiples fundaciones o centros de rehabilitación, cuya población de estudio comparta la característica común de la recaída o el abandono del proceso. Al considerar una muestra más amplia y diversa, se podrán capturar una gama más amplia de experiencias y factores contextuales que podrían influir en estos resultados.

Además, para garantizar una mayor homogeneidad en la muestra y reducir posibles variaciones, se sugiere que se apliquen criterios de selección específicos, como un rango de edad y el requisito de que los participantes estén experimentando un proceso de rehabilitación por primera vez en un centro. Estos criterios pueden ayudar a enfocar la investigación en un subconjunto particular de individuos que comparten características clave y, al mismo tiempo, reducir la influencia de variables de confusión.

Este enfoque más amplio y detallado en futuras investigaciones permitirá una comprensión más completa de los factores de riesgo en el contexto del abandono del proceso de rehabilitación y, en última instancia, contribuirá a la mejora de las estrategias de apoyo y tratamiento en este campo.

## Referencias.

(S/f-b). Gob.es. Recuperado el 15 de octubre de 2023, de  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/2021\\_Plan\\_Accion\\_UE\\_sobre\\_Drogas\\_2021\\_2025.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/2021_Plan_Accion_UE_sobre_Drogas_2021_2025.pdf)

(S/f-f). Cloudfront.net. Recuperado el 15 de octubre de 2023, de  
[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56599800/archivo23-libre.pdf?1526669693=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEI\\_ABC\\_de\\_la\\_Terapia\\_Cognitiva.pdf&Expires=1681960883&Signature=SigqesqFxt3WmgzkRLCd1cHburvYUpaB5cNdWxtUoSaX5pj3qtF9UuLZZZGaZiKbHyGb pjZ2t~36gMaFm-Zld-GAwJONxhvldXX6Eb7nvd-hhF6lLg4ZVvfHQD21DC05Hw~nC9ezgGiDfQcLD-HpPqYHtZdnD6p7aXqbG4kx8dgWXbUqObihSj4~8iwqQp~BFQLypR2u9Ga9BFaXzPvpOXopXtC2ljs791p13Mu-Ns42pf~Om2A54fC2RWpHiQ1t9K5rQnM0Tkic2Xfw3bDutT4M~064vZpPUrITdnOU54zpnNqSZWDU5cduGGWRlW~t9VpRTKYHKSg-r05mAB5g\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56599800/archivo23-libre.pdf?1526669693=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEI_ABC_de_la_Terapia_Cognitiva.pdf&Expires=1681960883&Signature=SigqesqFxt3WmgzkRLCd1cHburvYUpaB5cNdWxtUoSaX5pj3qtF9UuLZZZGaZiKbHyGb pjZ2t~36gMaFm-Zld-GAwJONxhvldXX6Eb7nvd-hhF6lLg4ZVvfHQD21DC05Hw~nC9ezgGiDfQcLD-HpPqYHtZdnD6p7aXqbG4kx8dgWXbUqObihSj4~8iwqQp~BFQLypR2u9Ga9BFaXzPvpOXopXtC2ljs791p13Mu-Ns42pf~Om2A54fC2RWpHiQ1t9K5rQnM0Tkic2Xfw3bDutT4M~064vZpPUrITdnOU54zpnNqSZWDU5cduGGWRlW~t9VpRTKYHKSg-r05mAB5g__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Aguirre Campos, H. H. (2017). *Esquemas Maladaptativos Tempranos en Pacientes Dependientes de Sustancias Psicoactivas Internados en un Centro de Rehabilitación de Lima*. [Tesis, Universidad Ricardo Palma]. Urp.edu.pe.  
[https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4584/T030\\_46044780\\_T%20AGUIRRE%20CAMPOS%20HAROLD%20HANS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4584/T030_46044780_T%20AGUIRRE%20CAMPOS%20HAROLD%20HANS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Barragán Torres, L., Flores Mares, M., Ramírez García, A. N., & Ramírez Mendoza, C. (2014). Manual del programa de prevención de recaídas. *Secretaría de salud*.

Calabró, G. M. (2018). *Tratamiento de las adicciones desde el modelo de terapia gestáltica* [Trabajo de grado, Universidad de Palermo]. Repositorio institucional PALERMO. <https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1978/Calabro%2C%20Gabriel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

de Integración Juvenil, C. (s/f). *Prevención de Recaídas*. Gob.mx. Recuperado el 15 de octubre de 2023, de <http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotratamiento/manualprevrecaidas.pdf>

De la Cruz Contreras, F. P. (2017). Las creencias irracionales de Albert Ellis en los estudiantes de una universidad privada de Lima Este. *PsiqueMag*, 6(1), 165–182. <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/157>

de Salud, S. D. S., & del Aseguramiento, S. D. G. (2019). RESOLUCIÓN 089 DE 2019 (ENERO 16). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>

de Sustancias Psicotrópica, V. E. L. T. D. E. P. Y. R. E. N. E. L. C., de Rehabilitación N. A., E. N. P. I. E. N. E. L. C., & (-, 8'5''(325729. (s/f). *UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ*. Edu.ec. Recuperado el 15 de octubre de 2023, de <https://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/123456789/3034/1/ULEAM-PSIC-0070.pdf>

del Moral y P. Lorenzo Fernández, M. M. (s/f). *Conceptos fundamentales I en drogodependencias*. Vocespara.info. Recuperado el 15 de octubre de 2023, de

[https://web.vocespara.info/comparte/2017\\_vcs/Drogodependencias\\_y\\_adicciones/OK\\_Termimos\\_en\\_adiciion.pdf](https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Termimos_en_adiciion.pdf)

[el-proceso-de-investigacion-carlos-sabino.pdf \(wordpress.com\)](#)

*Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General - ENCSPA- 2019 - Colombia.* (2020). [Data set].

Gobierno de México. (s.f). *Guía para la prevención de abuso de inhalantes.* Gobierno de México.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566341/Guia\\_Abuso\\_Inhalables\\_2020.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566341/Guia_Abuso_Inhalables_2020.pdf)

Gutiérrez, M., Lopera, X. M., & Cruz, L. N. S. (2016). Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(12), 1-10.

<https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>

Martínez, B. (2018). *TERAPIA SISTÉMICA EN ADICCIONES. RE-ESCRIBIR UNA HISTORIA.* [ Trabajo fin de máster, Universidad de Almería] Repositorio institucional Ual.es.  
[http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7048/TFM\\_BRAGULAT%20MARTINEZ%2C%20ELENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7048/TFM_BRAGULAT%20MARTINEZ%2C%20ELENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Meneses, J. M. (2013). *Aportes del psicoanálisis a la discusión sobre las adicciones.*  
 Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/207>

Ministerio de salud y protección social. (s.f) *Convivencia de desarrollo humano y sustancias psicoactivas.* Ministerio de salud y protección social.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustanciaspsicoactivas.aspx#:~:text=Es%20toda%20sustancia%20que%20introducida,o%20los%20procesos%20de%20pensamiento.>

Naciones Unidas: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2022, junio,17). *El Informe Mundial sobre las Drogas de la UNODC destaca las tendencias del cannabis posterior a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes*. Naciones Unidas: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Nelcy, J. I. E. M. M., & Ceballos, M. A. N. T. M. (2014). CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. *CARACTERÍSTICAS DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA*, [Trabajo de grado, Universidad libre de Colombia seccional Pereira]. Repositorio institucional Unilibre. <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/17383/CARACTER%C3%8DSTICAS%20DROGAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=92>

Observatorio de drogas de Colombia. (s.f). *Resumen ejecutivo Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA)*. Ministerio de justicia. [https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO3142018\\_estudio\\_consumo\\_sustancias\\_psicoactivas\\_SRPA\\_2018.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO3142018_estudio_consumo_sustancias_psicoactivas_SRPA_2018.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas: Informe Mundial sobre las Drogas 2017*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)

Pedrosa, E. M. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, (32), 147–173. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3130577>

Ruiz, M. M., Ros, A. A., & Valladolid, G. R. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Ediciones Díaz de Santos.

Sabino, C. (1992). El proceso de investigación, Carlos Sabino. *Panapo*.

Shorey, RC, Stuart, GL y Anderson, S. (2012). Los primeros esquemas desadaptativos de una muestra de adultos jóvenes dependientes de opioides que buscan tratamiento: una investigación descriptiva. *Revista de tratamiento por abuso de sustancias*, 42 (3), 271-278.

*Tabla de Contenidos*. (s/f). Edu.co. Recuperado el 15 de octubre de 2023, de <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1553/CONSUMO%20PREMATURO%20DE%20SUSTANCIAS%20ALUCIN%c3%93GE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado participantes

Medellín 12 de septiembre de 2023.

#### Consentimiento informado.

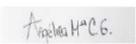
Manifiesto que he recibido toda la información necesaria, de forma clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, y de la prueba que se me aplicara.

Por otra parte, la estudiante de psicología me ha explicado que se guardar confidencialidad de los datos obtenidos, considero que he tenido la oportunidad de plantear mis dudas y que me han sido resueltas de forma inmediata.

Por todo lo que se me ha explicado en forma oral, doy mi consentimiento y conformidad para que

Yo, \_\_\_\_\_ confirmo de manera voluntaria que me encuentro en total uso de mis facultades para tomar decisiones y entender la información que aquí se me presenta, para que quede constancia de ello a continuación firmo este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma participante

Firma estudiantes Psicología

## Anexo 2. Cuestionario esquemas maladaptativos tempranos de Young.

### Cuestionario esquemas maladaptativos tempranos

**Nombre:**

**Edad:**

**Fecha:**

#### Instrucciones:

Las siguientes son expresiones que algunas personas suelen utilizar para referirse a sí mismos.

Lea cuidadosamente cada una y escoja sólo una de las opciones de respuesta que encuentra a continuación.

Coloque el número que corresponde en el espacio de la izquierda. Sea muy honesto para no alterar el cuestionario.

#### Escala de puntuación:

- 1 Nunca lo he pensado en toda mi vida
- 2 Lo pensé antes pero ahora no lo pienso
- 3 Lo pienso ahora pero antes no lo pensé
- 4 Más o menos cierto de mí en toda mi vida
- 5 Muy cierto de mí en toda mi vida
- 6 Lo he pensado siempre en toda mi vida.

|   |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Soy capaz de valirme por mí mismo.                              |   |   |   |   |   |   |
| 2 | Pienso que hacer lo que quiero es buscarme problemas.           |   |   |   |   |   |   |
| 3 | Tengo la sensación permanente de que algo malo va a ocurrir.    |   |   |   |   |   |   |
| 4 | Me preocupa llegar a perder el control sobre mi comportamiento. |   |   |   |   |   |   |
| 5 | Recibo suficiente amor de los demás.                            |   |   |   |   |   |   |
| 6 | Estoy condenado (a) a estar solo (a) para siempre.              |   |   |   |   |   |   |
| 7 | Muchas personas quieren hacerme daño.                           |   |   |   |   |   |   |
| 8 | Me siento aislado.  |   |   |   |   |   |   |
| 9 | Nadie podría amarme debido a mis defectos.                      |   |   |   |   |   |   |

|    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 10 | Soy una persona atractiva.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Casi nada de lo que hago es tan bueno como lo de los demás.                         |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Merezco ser feliz.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Me siento humillado(a) por mis fracasos.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Puedo aceptar que los demás se nieguen a hacer lo que quiero.                       |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Debo ser siempre el mejor.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Siento que si las personas que me apoyan me faltaran, yo podría sobrevivir solo(a). |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | En mis relaciones le otorgo el lugar superior a la otra persona.                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Me preocupa convertirme en un mendigo.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Generalmente pienso que puedo enloquecer.   |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | No tengo a nadie mucho tiempo a mi lado.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Siento que las personas que amo me corresponden.                                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | No creo que las demás personas quieran aprovecharse de mí.                          |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Me siento raro, como diferente al común de las personas.                            |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Puedo conseguir una pareja que me valore.   |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Soy demasiado feo(a).   |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Soy una persona competente.   |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | No merezco ser castigado(a) por mis errores.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Soy muy inaceptable para los otros.   |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Puedo controlar mis impulsos sí sé que pueden causarme problemas.                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Aunque tenga mucho que hacer, siempre hay tiempo para el descanso.                  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Ninguna persona podría cuidarme mejor que yo mismo(a).                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Con frecuencia es difícil para mí ser original ante los demás.                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Tengo temor a que alguien me ataque.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Con frecuencia me siento a punto de llorar.   |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Siento que quienes quiero no me extrañan.   |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | No me da temor que las personas que quiero me abandonen.                            |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Confío con facilidad en las personas.   |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | No me siento bien en ningún lugar.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Puedo sostener una conversación interesante.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Todo lo hago mal.   |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 | Comúnmente me siento culpable y no se bien por qué.                                 |  |  |  |  |  |  |  |

|    |   |  |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|--|
| 42 | Casi siempre me siento avergonzado(a) ante los otros por mis defectos.    |  |  |  |  |  |  |
| 43 | Puedo aceptarme como soy aunque podría ser diferente.                     |  |  |  |  |  |  |
| 44 | Mi salud se afecta por el exceso de trabajo.                              |  |  |  |  |  |  |
| 45 | Me importa mucho lo que la gente opine sobre una decisión que debo tomar. |  |  |  |  |  |  |
| 46 | No soy capaz de expresar rabia a los demás porque pueden no aceptarme.    |  |  |  |  |  |  |
| 47 | Me cuido mucho para evitar enfermarme.                                    |  |  |  |  |  |  |
| 48 | Me preocupa no ser capaz de controlar mis impulsos sexuales.              |  |  |  |  |  |  |
| 49 | Siento que mucha gente me estima.   |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Siento que no cuento con el apoyo de los demás.                           |  |  |  |  |  |  |
| 51 | No siento que tenga que desconfiar todo el tiempo de los demás.           |  |  |  |  |  |  |
| 52 | Me siento rechazado(a).   |  |  |  |  |  |  |
| 53 | Nadie permanecería a mi lado si descubriera mis defectos.                 |  |  |  |  |  |  |
| 54 | Soy bueno(a) en mi trabajo.   |  |  |  |  |  |  |
| 55 | Merezco sufrir para pagar equivocaciones pasadas.                         |  |  |  |  |  |  |
| 56 | Mis defectos me hacen sentir inferior a los demás.                        |  |  |  |  |  |  |
| 57 | Aunque hay cosas rutinarias que toca hacer, puedo hacerlas con gusto.     |  |  |  |  |  |  |
| 58 | Mi nivel social no me permite estar con las personas que quisiera.        |  |  |  |  |  |  |
| 59 | Permito que otros decidan por mí.   |  |  |  |  |  |  |
| 60 | Es fundamental para mí satisfacer a los demás.                            |  |  |  |  |  |  |
| 61 | No es bueno expresar las emociones (ira, llanto, alegría, etc.).          |  |  |  |  |  |  |
| 62 | Me siento ignorado por muchas personas.                                   |  |  |  |  |  |  |
| 63 | No creo merecer el amor de los demás.                                     |  |  |  |  |  |  |
| 64 | Soy capaz de delegar responsabilidades.                                   |  |  |  |  |  |  |
| 65 | No soporto que me contradigan.  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | Expresar las emociones es signo de debilidad.                             |  |  |  |  |  |  |
| 67 | A pesar de que no soy perfecto(a), puedo gustarle a alguien.              |  |  |  |  |  |  |