



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Magister en Clínica Psicológica Cognitiva

Perfil cognitivo de un grupo de adolescentes
diagnosticados con trastorno por abuso de
sustancias psicoactivas

N° 90

Albar Arnubio Papapmija Paz

Tutor: Dr. Armando Aguilera Torrado

Departamento de Investigaciones
Fecha defensa de tesis: 22 de diciembre de 2015

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios porque a partir de mi percepción de lo divino he creado una forma de ser optimista, perseverante, inquebrantable y dispuesta a llevar a cabo los retos que se presenten a lo largo de mi vida, el ser supremo ha estado presente en sensaciones de bienestar y sentimientos esperanzadores que me impulsaron a culminar esta tesis de la mejor manera posible.

Agradezco a mi madre Lida Carmenza Paz y a mi padre Arubio Papamija Correa, porque conformaron con amor un clima potencializador, permitieron que caminara solo, expresaron sus expectativas y luego hicieron todo lo posible para que las pudiera llevar a cabo, gracias infinitas porque la incondicionalidad frente a los proyectos que emprendo y la compañía en los objetivos obtenidos aumentan la probabilidad de alcanzar muchos mas.

Doy gracias a la institución Toribio Maya por permitir el acceso a la población la cual sirvió para llevar a cabo la investigación. Este vínculo profesional con la institución ha sido posible gracias al compromiso social y al deseo de mejorar continuamente sus protocolos de prevención, diagnóstico e intervención de la población que se encuentra en situación vulnerable dentro de la región.

Doy gracias al Doctor Armando Aguilera Torrado que ha sido reconocido dentro de mi trayectoria profesional como una persona con capacidades excepcionales, una importante historia profesional e idóneo para ser el asesor de este proceso investigativo.

De igual manera me siento agradecido con amigos, amigas y personas significativas emocionalmente, que fueron testigos y participes de las diferentes etapas que se propiciaron para la culminación de la tesis, algunas me facilitaron comedidamente medios sin los cuales el tiempo se hubiese extendido significativamente.

RESUMEN

Teniendo en cuenta las necesidades a nivel teórico y metodológico por parte del Instituto de Formación Toribio Maya de la ciudad de Popayán (Colombia) frente al desarrollo de los procesos de rehabilitación de los adolescentes diagnosticados con trastorno por abuso de SPA, se realizó una investigación de tipo transaccional-descriptivo con el fin de identificar el perfil cognitivo de una muestra de 55 adolescentes de entre 14 y 18 años allí internados y, de esta manera, favorecer el desarrollo de estrategias para un abordaje más eficiente de la problemática.

Para la descripción del perfil cognitivo se administró el cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos (EMTs) Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2), el cuestionario de estilos de afrontamiento y una encuesta estructurada que registra antecedentes familiares. Los resultados se compararon con los obtenidos por parte de un grupo control de adolescentes no consumidores del mismo rasgo etario.

A partir de los resultados encontrados se pudo demostrar que existen diferencias significativas entre el grupo clínico y el grupo control en cuanto a los EMTs y los Estilos de afrontamiento. En el primer grupo sobresalieron los esquemas abandono/inestabilidad y egocentrismo/grandiosidad mientras que en el grupo control se observaron frecuencias altas en auto sacrificio y estándares inflexibles. Con relación a los estilos de afrontamiento el grupo clínico mostró mayor frecuencia en la evitación y en la fantasía, mientras que el grupo control se destacó en la solución de problemas y el soporte social.

Es interesante señalar, a su vez, que en el grupo clínico se encontraron mayores puntuaciones en un estilo educativo autocrático, mayor violencia familiar, antecedentes de abuso sexual, convivencia con familiares consumidores y antecedentes de enfermedad mental al interior del núcleo social más íntimo.

PALABRAS CLAVE

Perfil cognitivo, esquemas maladaptativos tempranos, consumo de SPA, adolescencia, estilos de afrontamiento

ABSTRACT

Considering the needs of theoretical and methodological level by the Institute for Training Toribio Maya city of Popayan (Colombia) against the development of the rehabilitation processes of adolescents diagnosed with abuse disorder SPA , an investigation was carried out transactional -descriptive in order to identify the cognitive profile of a sample of 55 adolescents between 14 and 18 inmates there and thus promote the development of strategies for a more efficient approach to the problem

To describe the cognitive profile questionnaire early maladaptive schemas (EMTs) Young Schema Questionnaire Long Form- Second Edition (YSQ -L2) was administered questionnaire coping styles and a structured survey family history records. The results were compared with those obtained by control teenage consumers not feature the same age group.

From the results, it could be shown that there are significant differences between the clinical and control group in terms of EMTs and coping styles group. In the first group they excelled schemes abandonment / instability and egocentrism / grandeur while in the control group higher frequencies were observed in self-sacrifice and uncompromising standards. Regarding coping styles clinical group showed higher frequency in the avoidance and fantasy, while the control group was noted in problem solving and social support.

Interestingly, in turn, that in the clinical group score higher education in an autocratic style, more family violence, and sexual abuse history, consumers living with family history of mental illness and into the most intimate social circle found.

KEY WORDS

Cognitive profile , early maladaptive schemes , consumption SPA , adolescence , coping styles

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos	2
Resumen	3
Abstract	3
1. Introducción	7
2. Planteo del problema	8
3. Objetivos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
4. Justificación	8
5. Antecedentes	10
6. Marco teórico	13
6.1 La adolescencia	13
6.2 La adicción desde el Manual Psicopatológico	14
6.3 Bases conceptuales del enfoque cognitivo	15
6.4 Perfil cognitivo	16
6.5 Enfoque cognitivo conductual y adicción	16
6.6 Bases conceptuales del modelo centrado en EMTs	17
6.6.1 <i>Definición de esquema mal adaptativo temprano</i>	18
6.6.2 <i>Dimensiones y esquemas</i>	19
6.6.3 <i>Procesos esquemáticos</i>	20
6.7 El abuso de SPA y la teoría de los EMTs	21
6.8 El estrés	22
6.9 Estilos de afrontamiento	22
6.9.1 <i>Estilo centrado en la solución de problemas (SP)</i>	23
6.9.2 <i>Estilo centrado en Búsqueda de soporte social (SS)</i>	23
6.9.3 <i>Estilo de Evitación (EV)</i>	23
6.9.4 <i>Estilo de Autoculpabilización (AC)</i>	23
6.9.5 <i>Estilo Fantasiado (FA)</i>	23
6.10 Estilos de afrontamiento y adicciones	24
6.11 Familia y adicciones	25
7. Metodología	27
7.1 Identificación del diseño	27
7.2 Área de estudio	27
7.2.1 <i>Razón de la institución</i>	27
7.3 Población	27
7.3.1 <i>Criterios de selección para el grupo clínico</i>	27
7.3.2 <i>Criterios de selección para el grupo control</i>	28
7.4 Población de estudio	28
7.5 Muestra	28
7.6 Instrumentos	29
7.7 Procedimiento	30
8. Resultados	30
8.1 Características socio-demográficas	31
8.2 Esquemas mal adaptativos tempranos	35
8.2.1 <i>Prueba de bondad de ajuste Chi cuadrado (X²)</i>	39

8.3	Resultado de estilos de afrontamiento	40
8.3.1	<i>Prueba de bondad de ajuste Chi cuadrado (X^2)</i>	43
9.	Conclusiones	45
10	Recomendaciones	46
11.	Bibliografía	47
12.	Anexos	51
12.1	Cuestionario de esquemas	51
12.2	Cuestionario de estilos de afrontamiento	60
12.3	Cuestionario de características socio-demográficas	62
12.4	Consentimiento informado	63

1. INTRODUCCIÓN

El diagnóstico del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el cual se tenga en cuenta el perfil cognitivo, es una alternativa necesaria en la comprensión del fenómeno, es decir, que al encontrar aspectos relacionados con formaciones psicológicas estables, estilos arraigados de enfrentar la adversidad y factores demográficos característicos de esta población, se establecen bases para la puesta en marcha de protocolos de intervención con mayor probabilidad de impacto, en variables que no deben desconocerse, ya que intervienen de forma directa en el proceso de recuperación de la persona consumidora.

Otra razón para llevar a cabo la investigación, aparte de la evidente necesidad general del reconocimiento del perfil cognitivo en el diagnóstico, fueron las características del área de estudio. El Instituto de Formación Toribio Maya, a pesar de ser el principal centro de rehabilitación de la ciudad de Popayán, Capital del departamento del Cauca (Colombia), no cuenta con protocolos a partir de los cuales pueda reconocerse en el adolescente aspectos básicos de su perfil cognitivo como los Esquemas Maldaptativos Tempranos (EMTs) y los estilos de afrontamiento que predominan, entre otros datos importantes que permitan orientar las acciones psicosociales en las diferentes estructuras de crecimiento procesuales y evaluativas que plantea dicho Instituto de rehabilitación.

Los perfiles cognitivos son “patrones idiosincrásicos aprendidos por el sujeto que permiten su adaptación y son definidos como pautas permanentes en la forma de sentir, pensar y actuar”. (Beck et al., 1990; citado en Toro et al., 2010, pág. 103) Lo anterior permite inferir que el comportamiento del ser humano está influenciado por estructuras complejas, que se han nutrido históricamente y que sesgan la percepción de sí mismo, de los demás y del mundo, estos perfiles no son necesariamente patológicos ya que dependerán de cada sujeto en su entorno particular.

En cuanto al perfil cognitivo patológico Semerari (200) afirma que “son modelos cognitivos inadaptables que regulan de forma patógena la elaboración de la información. Estos modelos son específicos dependiendo de los diferentes desordenes. La teoría cognitiva considera que es posible trazar un perfil cognitivo diferente para los principales síndromes psiquiátricos”. (p.29)

Young (1994) relaciona la vulnerabilidad cognitiva con los EMTs, un concepto fructífero en la Psicología moderna y posmoderna que ha dotado a los esquemas de material sensible, cargado de componentes cognitivos, emocionales, fuertemente arraigados, estables, perdurables y adquiridos relacionalmente en etapas tempranas y significativas para la conformación de los rasgos de personalidad

Por otra parte, Lazarus & Folkman (1986) acuñan el concepto de estilos de afrontamiento. Se trata de un eslabón de vital importancia en el perfil psicológico de los adolescentes diagnosticados con trastorno por abuso de SPA, ya que la forma característica de tipo cognitivo o conductual que se implementa para manejar las demandas externas o internas evaluadas como desbordantes de sus propios recursos, se convierte en factor de vulnerabilidad que debe ser tenido en cuenta en los análisis psicoterapéuticos.

Las estructuras, dinámicas familiares y eventos traumáticos en etapas infantiles también han sido asociadas al perfil del abusador de SPA. Autores como Irlés, Sánchez, Perona & Burkhart (2013) afirman que “en la adolescencia temprana, la familia es uno de los principales agentes de riesgo/protección del inicio del consumo de drogas. Su influencia en la adquisición de hábitos de salud le convierte en diana preferente de intervenciones preventivas”. (p.226) Otros autores investigaron sobre los factores de estructura e interrelación que intervienen en la adicción (Merikangas, Dierker & Fenton, 1998; Becerra, 2008), encontrando relación positiva entre algunos estilos educativos, conformaciones familiares y personas consumidoras.

Los eventos traumáticos en edades tempranas se han relacionado en algunos estudios como causa o efecto colateral del abuso de SPA. (Green, 1994) De esta forma, un gran número de personas que han sido victimizadas en la infancia se convierten en consumidores compulsivos de alcohol u otro tipo de sustancia en la vida adulta. La droga en este caso se utilizaría como medio de evitación del malestar psicológico que causan los recuerdos y la molestia psicológica asociada a la reexperimentación del trauma.

De hecho, en las personas abusadoras de sustancias se ha encontrado que una característica frecuente es el antecedente de abuso sexual en la infancia, que parece exacerbarse en la adolescencia la sintomatología asociada a esta experiencia, por lo general traumática. Por su parte, en un estudio relevante sobre los antecedentes en el uso compulsivo de SPA, Briere, Evans, Runtz & Wall (1988) corroboraron que en los adolescentes, especialmente los de género masculino, los factores que prevalecen en su historia personal son el abuso sexual y la violencia infantil, y estilos de crianza autoritarios, demasiado demandantes y castrantes que ocasionaron una victimización constante en la infancia, una etapa sensible del desarrollo evolutivo humano.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación se dirige a identificar el perfil cognitivo presente en adolescentes diagnosticados con trastorno por consumo de SPA recluidos en el Centro de Formación Toribio Maya, Popayán Cauca (Colombia). Se optó por la realización de un estudio no experimental, transaccional, descriptivo, aplicando los criterios de selección a una población de 500 adolescentes del Instituto. De esta manera se eligió una muestra clínica de 55 adolescentes y otra muestra testigo de igual cantidad de individuos a los cuales se les aplicaron los instrumentos correspondientes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil cognitivo de los adolescentes diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) recluidos en el Centro de Formación Toribio Maya de la ciudad de Popayán, Departamento del Cauca (Colombia) en 2012?

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar el perfil cognitivo de los adolescentes diagnosticados con trastorno por consumo de SPA recluidos en el Centro de Formación Toribio Maya, de la Ciudad de Popayán, Departamento del Cauca (Colombia) en 2012.

Objetivos específicos

- Describir los antecedentes demográficos presentes en el grupo clínico de adolescentes diagnosticados con abuso de SPA y en el grupo control de no consumidores
- Identificar los EMTs y estilos de afrontamiento prevalentes en la población de adolescentes diagnosticados con trastorno por abuso de SPA
- Determinar los EMTs y estilos de afrontamiento prevalentes en la muestra de adolescentes no consumidores
- Examinar si existen diferencias significativas entre los adolescentes diagnosticados con trastorno por abuso de SPA y los no consumidores respecto a los esquemas EMTs, los estilos de afrontamiento y los antecedentes demográficos

4. JUSTIFICACIÓN

El consumo de SPA y especialmente el trastorno asociado, ha pasado de ser una tendencia en determinados grupos sociales, para convertirse en un problema de salud pública, situación que no solo ha alertado a las entidades gubernamentales encargadas del control y monitoreo de la circulación de determinadas sustancias, si no que los altos índices en cuanto al fenómeno, el sufrimiento personal y el atraso regional que ocasiona, hace que algunas ciencias sociales encaminen sus esfuerzos a la búsqueda de una explicación de la patología, así como a la constante innovación en alternativas de intervención que produzcan mejor impacto:

Es a fines de los años ochenta y principios de los noventa que los paradigmas cognitivos empezaron a ser utilizados para el abordaje de las adicciones. El aporte de las neurociencias y las ciencias sociales modificó el abordaje que se tenía para el tratamiento de las adicciones permitiendo que más personas se recuperaran. (Cápese, 2008, p. 44)

Capece (2008) refiere que en el momento se pueden reconocer modelos muy particulares y algunos con limitación exclusiva al campo de las adicciones, entre ellos cita el modelo transteórico de Prochaska y Di

Clemente, las estrategias de prevención de la recaída de Marlatt y Gordon, el manejo de las contingencias estudiado por Silverman, las aproximaciones motivacionales de Miller, la psicoeducación, el modelo de reducción de daño y un poco más tarde las estrategias cognitivas conductuales desde un modelo estándar

Independientemente de la proliferación de enfoques y tendencias psicoterapéuticas, es importante reconocer los límites con los que se han encontrado los estudiosos en el tema de las adicciones. Nahas (1992) afirma: "la rehabilitación, sea cual sea el método utilizado, no alcanza al 50% de los casos y la persona permanecerá vulnerable al impulso de consumo de droga". (p.33) Asimismo Beck, Wright, Newman & Liese (1999) informan: "dos tercios de la población tratada recae en periodos entre tres semanas y noventa días". (p.30) No es un secreto que el enfoque predominante de intervención para la adicción ha sido el cognitivo conductual, pero las palabras de Beck et al. (1999) son muy claras pues de cada diez personas casi 7 recaen en un periodo muy corto.

Por lo que es preciso decir que la terapia cognitiva conductual para la drogodependencia es una gran herramienta que ha tenido una evidente y merecida aprobación en la Psicología clínica, aunque la aplicación de esta terapia supone efectos a muy corto plazo y abstinencias que ceden prematuramente. Este sinsabor en la labor clínica ha llevado a establecer una firme idea frente al abordaje de las adicciones. Pero para evitar el esfuerzo perdido que se evidencia en los altos porcentajes de recaídas se debe hacer hincapié en la intervención de esquemas nucleares, los cuales existen en la psicoterapia pero la mayoría de las veces no se profundiza en ellos.

Beck & Freeman (2004) desarrollaron la terapia cognitiva para los trastornos de personalidad, medio por el cual se ha logrado llegar a estructuras cognitivas, emocionales y conductuales arraigadas y estables pero no suficientes, pues la vulnerabilidad a la droga presenta un eslabón más profundo, por lo general cargado de material emocional y cognitivo adquirido en etapas tempranas que se camufla por periodos obligatorios de abstinencia, pero que se avivan como el fuego entre las cenizas para cubrir con su llama nuevamente la voluntad, el autocontrol, la independencia y la autoestima del adicto, haciéndose inevitable el declive del tratamiento

Algunos autores como Prochaska & Prochaska (2001) han destacado la recaída "como un momento indispensable casi ineludible en el proceso de rehabilitación". (p.17) Aunque no se pretende ir en contra de este postulado, se hace necesario generar conciencia con esta investigación en el abordaje más amplio de este fenómeno. Al aplicar la psicoterapia cognitivo conductual (TCC) estándar al campo de drogodependencias, los análisis empiezan a deslizar el diagnóstico y la intervención hacia estructuras con un gran componente biográfico, que afecta decisivamente la identidad del paciente.

En consecuencia, la teoría de los EMTs ha conformado un importante marco teórico que permite hacer énfasis en un nivel más profundo de cognición, lo cual forma un panorama de intervención y prevención que ayudará a que el viaje que el adicto emprende hacia la rehabilitación esté acompañado de herramientas más estables y duraderas que serán la clave para la comprensión de sus esquemas profundos y de su capacidad para la elección de estilos de afrontamiento funcionales. De esta forma se augura mayor eficacia ante la abstinencia y asertividad en el contrarresto de un desliz.

El Instituto Peruano de Psicología Cognitivo Conductual (2010) se ha encargado de hacer análisis y recopilaciones exhaustivas de la terapia cognitiva conductual y la terapia centrada en esquemas, hace notar que hasta la fecha existe investigación limitada sobre creencias centrales, actitudes disfuncionales, rasgos de personalidad y en especial esquemas mal adaptativos tempranos y estilos de afrontamiento en los consumidores de SPA.

Sin desconocer las distintas investigaciones que han relacionado diversas patologías con los (EMTs), existe la necesidad de ampliar el material empírico, fomentar la investigación y obtener conclusiones fehacientes especialmente en la región en la cual se lleva a cabo el estudio. En el rastreo de información efectuado se pudo descubrir, en efecto, que en el departamento del Cauca no existen antecedentes que vinculen los EMTs y los estilos de afrontamiento con la adicción, lo cual deja ver la carencia conceptual y, por ende, práctica que impide el desarrollo de psicoterapias centradas en protocolos más amplios e integrales de atención.

En esta investigación el perfil psicológico basado en los EMTs, los estilos de afrontamiento y los factores demográficos de adolescentes adictos se convierte en un riguroso proceso de indagación, el cual proporcionará material empírico que servirá como documento de inicio para el abordaje de la rehabilitación de forma efectiva en el Instituto de formación Toribio Maya. Este material favorecerá intervenciones profesionales a partir de las características psicológicas más estables de los sujetos y de los estilos idiosincráticos que manifiestan al afrontar el estrés, sin dejar de reconocer la influencia que tiene en ellos las experiencias vividas en la familia, entendida como sistema con dinámicas relacionales y estructurales que intervienen directa o indirectamente en la problemática.

5. ANTECEDENTES

El consumo de sustancias y las adicciones se han convertido en un fenómeno de relevancia en las investigaciones que promueven los diferentes gobiernos a nivel nacional e internacional. En Colombia el gobierno nacional lleva a cabo estudios de manera periódica sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Uno de estos estudios muestra que el consumo global de drogas ilícitas como marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína aumentó de manera significativa en comparación con el reporte obtenido en el año 2008. (Ministerio de Justicia, 2013)

Otro informe de los desarrollados por el gobierno nacional demuestra que el departamento del Cauca ocupa el sexto lugar en prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita. Una condición poco alentadora para una región con incipiente desarrollo, alejada significativamente de la capital y con la mayor población indígena registrada en todo el territorio Nacional. (Ministerio de salud y protección social [Min Salud], et.al, 2011)

La adicción es un fenómeno complejo y multicausal que requiere de un abordaje terapéutico que tenga en cuenta el material empírico encontrado en diferentes investigaciones. La investigación de Griffiths (2014) plantea que el fenómeno de la adicción debe ser visto desde un modelo “de sistemas”. Este término podría relacionarse con una mirada biopsicosocial de la adicción en la cual se involucren factores biológicos, culturales, situacionales y de personalidad. Un eclecticismo próspero entre conocimientos antropológicos, biológicos y psicológicos.

Los descubrimientos encontrados en estudios que evaluaron el perfil psicológico en adictos de diferentes partes del mundo, muestran una correlación positiva entre las formaciones emocionales y cognitivas adquiridas en la infancia, la forma de enfrentar situaciones desbordantes y las dinámicas familiares. (Casullo, Barrón, Castilla & Verdú, 2002; Rees, & Valenzuela, 2003; Aleixandre & del Río, 2004., Díaz, Arévalo, Angarita & Ruiz 2010., Escobar, & Garcés, 2011).

Los primeros estudios que aportaron a la especificidad psicológica en los adictos fueron los enfocados a las representaciones. Este concepto es definido como construcciones que permiten la interpretación del mundo que rodea al individuo (Moscovici, 1976). En este sentido muchas investigaciones buscaban definir perfiles de determinadas patologías en función de las representaciones sociales como interés primordial para el diagnóstico.

Es así como en un estudio correlacional descriptivo llevado a cabo en la ciudad de Bogotá, se encontró que los consumidores tienden a presentar una baja percepción frente a la peligrosidad del consumo de sustancias, así como respuestas de tolerancia y métodos de escape a la realidad, factores que se convierten en elicitadores del consumo. Por otra parte, los no consumidores presentaron pensamientos, conductas y actitudes orientadas a la cautela, la preocupación por el daño y un desinterés al uso de sustancias para aumentar la productividad, la diversión y la distorsión de la realidad (Núñez, Ríos, Gómez & Acuña, 2005).

Baeza (2008); Escobar & Garcés (2011) realizaron el estado del arte en la producción investigativa a nivel de Colombia y Latinoamérica. Al revisar estas investigaciones, las cuales rescatan lo más significativo de la producción teórica en el fenómeno, se puede concluir que Los EMTs, los estilos de afrontamiento y los factores sociodemográficos asociados al consumo de sustancia no es un campo basto.

En ese sentido se hace necesario tomar como referencia el perfil cognitivo de diversas adicciones y en diferentes sociedades del mundo.

Por ejemplo, Álvarez, Bedoya & Arredondo (2010), investigaron el perfil cognitivo de 16 ludópatas donde se aplicaron el cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L2. Allí se encontró que sobresalieron en este grupo los esquemas de desconfianza /abuso y derecho/grandiosidad. El primero tendiente a considerar que las otras personas lo lastimaran, se aprovecharan; y el segundo, se guía por la creencia de superioridad frente a los demás, se percibe con derechos especiales en las relaciones sociales afectando frecuentemente las mismas

Jalali, Zargar & Kakavand (2011) llevaron a cabo un estudio correlacional descriptivo en Irán, con una muestra escogida al azar de 46 consumidores de opiáceos, pertenecientes a diferentes centros de rehabilitación de la región. Encontraron que el grupo de consumidores de opiáceos y el grupo control diferían significativamente en algunos esquemas EMTs. Los de mayor presencia en el grupo de adictos fueron: inestabilidad/abandono; vergüenza/defectuosidad; dependencia/incompetencia/ y derecho/grandiosidad. También concluyeron que los dominios más notorios en los adictos con relación al grupo control fueron el de desconexión/rechazo y sobrevigilancia/inhibición. En este mismo interés, Bakhshi & Nikmanesh (2013) en una investigación llevada cabo con población universitaria Iraní, reafirmaron la correspondencia entre el potencial de adicción y los esquemas: desconexión y rechazo, desempeño y autonomía deficiente y por ultimo tendencia hacia los otros.

Díaz, et al. (2010) en un estudio correlacional con 395 estudiantes de la universidad privada en Bogotá Colombia, escogidos a través de un muestreo estratificado, establecieron la relación entre consumo de alcohol y EMTs. Encontraron que el consumo de alcohol correlaciona positivamente con los esquemas de inestabilidad/abandono, autocontrol insuficiente/disciplina desconfianza/abuso, derecho/ grandiosidad y auto sacrificio. Los hallazgos encontrados muestran una consistencia entre la investigación anterior llevada a cabo en población Iraní y colombiana, salvo que en esta última aparece el auto sacrificio como esquema no representativo en otras investigaciones

Batista (2011) lleva a cabo un análisis descriptivo, sobre la prevalencia de EDTs en consumidores de SPA en cuatro comunidades terapéuticas de Lima Perú, Este estudio tiene diferencias importantes ya que se observa que los EDTs con mayor prevalencia significativa son: Enmarañamiento/ Yo dependiente con un 48.3%, Autosacrificio con un 46.6%, Estándares inflexibles con un 42% e Inhibición emocional con 41.5%. Mientras que las prevalencias significativas más bajas son los esquemas: Grandiosidad con 14.8%, Abandono con 23.3% y Autocontrol insuficiente con un 24.4%

Recientemente Shorey, Anderson & Stuart (2014) encontraron en una muestra de 98 personas del género masculino, que los adictos con los trastornos de personalidad antisocial (ASPD) y Borderline (BPD), comparten significativamente la presencia de esquemas inestabilidad/abandono, desconfianza/abuso, autocontrol insuficiente/autodisciplina y derecho de grandiosidad. Asimismo Shorey, Anderson, & Stuart (2012) encontraron 4 esquemas preponderantes en dependientes al alcohol estos son: Autosacrificio, estándares inflexibles, autocontrol insuficiente y castigo

Pese a las diferencias mencionadas en los anteriores estudios, se puede evidenciar que las relevancias significativas más altas se encuentran en las dimensiones de desconexión y rechazo, presentándose comportamientos estadísticos altos especialmente en esquemas como: inestabilidad/abandono, desconfianza/abuso y vergüenza/defectuosa.

Los resultados de los diferentes estudios en cuanto a los esquemas de los adictos, demuestran diferencias marcadas en cuanto a la prevalencia significativa, pero pese a estas, se puede evidenciar que las relevancias se encuentran en las dimensiones de desconexión y rechazo, presentándose comportamientos estadísticos altos especialmente en esquemas como: inestabilidad/abandono, desconfianza/abuso y vergüenza/defectuosa. Así mismo se encuentra relevante los resultados frente a la dimensión de límites insuficientes, en la cual se ubican esquemas como: autocontrol insuficiente/auto disciplina y Derecho/grandiosidad.

Algunas diferencias entre las investigaciones deben ser tenidas en cuenta, ya que los resultados pueden verse fuertemente influenciados por factores especialmente demográficos y psicosociales, estableciendo diferencias significativas de acuerdo a las regiones específicas.

Con relación a los estilos de afrontamiento, Cano, Tobal, Iruarrizaga & González (1994) Llevaron a cabo un estudio transversal de consumidores de sustancia y no consumidores, con el objetivo de describir el estilo de afrontamiento de la ansiedad en drogodependientes concluyendo que “los sujetos más ansiosos son los que poseen menos estrategias de afrontamiento para intentar dejar de fumar, son los que esperan sufrir más la ansiedad y por último, son los que muestran menos intención de dejar de consumir” (p.154). Al respecto es importante tener en cuenta este estudio ya que demuestra que las estrategias de afrontamiento adecuadas para la abstinencia y el craving se pueden ver seriamente afectadas por la comorbilidad con la ansiedad.

Otro estudio significativo es el llevado a cabo por Casullo, et al (2002) en el cual investigó la relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes.

En el análisis muestra relaciones positivas y significativas entre el bajo bienestar psicológico y el estilo improductivo en estrategias como: culparse a sí mismo, intentar reducir la tensión, ignorar el problema, utilizar la distracción física y reservar el problema para sí; mientras que los adolescentes con alto bienestar utilizan estilos dirigidos a la resolución del problema y las estrategias correspondientes, así como también en este grupo se nota una mejor capacidad para la expresión de su problemática ante personas que pueden ser apoyo en el afrontamiento de la situación demandante.

Aleixandre & del Río (2004) llevan a cabo una investigación centrada en las estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. De las múltiples conclusiones se puede extraer dos hallazgos que conciernen al afrontamiento ante situaciones de abstinencia. Se observó en primer lugar que la utilización de un estilo centrado en la solución de problemas, expresado en conductas como evitar lugares y personas con quienes se promoverían el consumo, interfirieron en un 46% de menos consumo que los que no utilizan esta estrategia, así mismo el pensar en las consecuencia del problema conlleva a una disminución en un 40% del consumo frente a las personas que no presentan esta situación cognitiva

Por último se puede afirmar que estilos y estrategias de afrontamiento varían en función del género. Esto se produce por medio de la interacción social en entornos culturales que promueven en casi todas las regiones modelos según el género. La mujer es incentivada a la apertura familiar, la expresión emocional y la puesta en escena de las formas hipotéticas o fantasiosas de solucionar una situación crítica. En el varón, por el contrario, se tiende a promover la inhibición de sus sentimientos y expresión reservada como parte de su identidad.

Según varias investigaciones se infiere que las mujeres presentan estilos de afrontamiento basados en la resolución del problema, mientras que en los varones se presentan estrategias de afrontamiento centradas en evitar el problema, resolverlo para sí y la distracción física. (Halsted, Bennet, & Cunningham, 1993; phelps & Jarvis, 1994; & Uribe & Ríos, 2012).

En cuanto a la investigación de las características demográficas de los consumidores de SPA, la búsqueda de antecedentes en las dinámicas relacionales o familiares siempre jugara un papel determinante, especialmente la que se produce en etapas infantiles como periodo psicológico de gran vulnerabilidad. Ello promueve una mirada global al integrarse esta información con los EMTs y estilos de afrontamiento, dado que están vinculados de forma directa o indirecta a la historia del individuo.

Rees & Valenzuela (2003) en un estudio de diseño descriptivo y corte transversal, llevado a cabo en Chile y específicamente en adolescentes consumidores del centro terapéutico "RUKANTU", concluyeron en términos generales que: a nivel de estructura familiar no existía una correlación positiva entre familia monoparental femenina o masculina; en el caso de las relaciones las familias de este grupo de consumidores presentan poca contención emocional, un estilo de crianza que puede variar en dos límites, por un lado: autocrático, castigador, extremadamente exigente o violento y por el otro, negligente, ausente y sobreprotector, este último estilo se encuentra más presente en las madres.

Con este mismo interés investigativo Iglesias, Pradera, Far, Jerez, Moyá & Hermida (2012) realizaron una revisión exhaustiva de 71 artículos que versaban sobre la temática desorganización familiar y su relación con la adicción. La desorganización familiar se centra en tres variables de análisis de toda la información recolectada: padres consumidores, estructura familiar no intacta y psicopatología de los padres. Al realizar la correlación de las variables en todos los estudios concluyeron que, "las familias desorganizadas (caracterizadas por enfermedad mental de los padres, consumo de sustancias de los padres y/o familias no intactas) tienen más probabilidades de tener hijos consumidores de drogas, y probabilidades más altas de convertirse en adictos". (p.253).

Iglesias et al. (2012) establecen conclusiones determinantes con relación a la organización familiar. En primer lugar muestran que los estudios revisados indican que el consumo de alcohol y drogas de los padres influye en el consumo de estas sustancias en los hijos. Asimismo afirman que los adolescentes que viven en hogares monoparentales o con padrastros tienen más probabilidades de consumir drogas en comparación con adolescentes que viven con sus dos padres. En relación con el consumo de sustancias múltiples, la estructura familiar presenta una importante correlación positiva, de modo que los jóvenes con padres divorciados tienen más probabilidades de consumir que los que pertenecen a familias estructuradas.

Siguiendo el interés en los antecedentes respecto a los factores traumáticos y dinámica familiar frente al consumo, se llevó a cabo un rastreo de producción teórica al respecto en: México, España, Chile, Argentina y Estados Unidos.

A partir de ello se concluyó que las familias de los adictos comparten dinámicas que impiden la expresión abierta de sentimiento y pensamientos. Estos entornos se caracterizan por la baja empatía, intolerancia, incompreensión, falta de apoyo, relaciones hostiles y autocráticas o demasiado permisivas. Es característico como antecedente que correlacionan significativamente con el consumo de sustancias, la presencia de un diagnóstico psiquiátrico y afectivo especialmente en los progenitores, historia de violencia, maltrato familiar, así como también se informa sobre relación específica entre el abuso sexual y las adicciones a sustancias múltiples. (Falke, 1998; Hoffmann & Su, 1998; Medina. M; Saldivar, G; Rojas, E & Villatoro, J, 1998; Becerra 2008; Del Río & Mestre, 2013).

Asimismo Briere, Evans, Runtz, & Wall (1988) en una investigación de importancia para estos antecedentes, encuentran que la adicción a una sustancia es una característica que comparten adultos que en su infancia fueron violentados sexualmente, o que se desarrollaron en entornos demasiado críticos, con poca empatía y con historia de maltrato físico por parte de los cuidadores.

Los antecedentes frente al perfil cognitivo de las personas con abuso de SPA, aunque no es basto, presenta conclusiones importantes en cuanto a EMTs, Estilos de afrontamiento e historial demográfico, material que será tenido en cuenta para el análisis de la información y las conclusiones de esta investigación, la cual se llevó a cabo en adolescentes consumidores de sustancias recluidos en el centro de formación Toribio Maya de la ciudad de Popayán Colombia.

6. MARCO TEÓRICO

El desarrollo de marco teórico, obedece a las necesidades de describir el perfil cognitivo del adolescente adicto en el centro de Rehabilitación Toribio Maya de la ciudad de Popayán departamento del Cauca Colombia. Este perfil se centra en la teoría de los EMTs, en los estilos de afrontamiento, y en algunas características demográficas. La teoría cognitivo conductual estándar para las adicciones se vincula a este desarrollo, ya que a partir de este punto permite al lector una comprensión más integral del fenómeno de la adicción, así mismo procura dejar ver las fortalezas de la teoría de los EMTs y los estilos de afrontamiento, como alternativas novedosas y fructíferas, para el tratamiento de aspectos psicológicos estables en el abordaje de esta patología

Para una visualización general en los conceptos más importantes se presenta el siguiente esquema

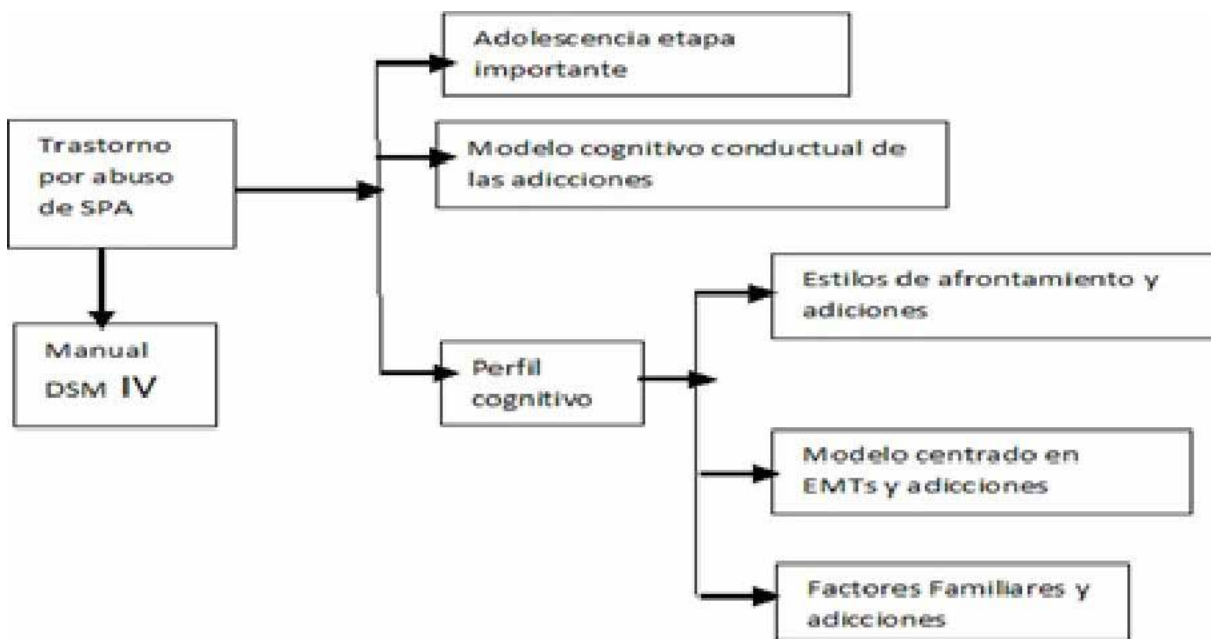


Figura1. Síntesis del contenido del marco teórico, creación propia

Es el momento de empezar a hacer un recorrido por el esquema anterior, se introducirán algunos conceptos importantes, que tienen como objetivo ampliar el panorama y nutrir el marco teórico, sin perder de vista los conceptos primordiales que guían el interés conceptual en esta investigación

6.1 La adolescencia

La adolescencia es una de las características específicas de la muestra, toma relevancia ya que esta etapa del ciclo vital ha sido merecedora de un justo interés.

Roossi (2008) afirma: “todos los adolescentes experimentan contradictorios que crean conflictos, que alteran su conducta y alteran la vida familiar. Naturalmente surgen actitudes de independencia, curiosidad por el mundo exterior y búsqueda de intereses ajenos al hogar” (p.107). Los aspectos nombrados por el autor, junto con específicos intereses y exigencias que aparecen en este momento del desarrollo, hace que surja el término “crisis existencial”, que por cierto es muy conocido y en ocasiones utilizado indiscriminadamente para etiquetar a las personas que no ha llegado a la etapa adulta, que están luchando psicológicamente por superar tintes emocionales, cognitivos y conductuales causantes de inestabilidad, los cuales en casos extremos atentan contra la salud mental.

Kestenberg, 1980, citado en Aguirre, (1994) plantea que lejos de entender la crisis existencial como un periodo catastrófico o de malos augurios, el concepto implica la organización y estructuración del aparato psíquico y de personalidad en un momento dado. En este sentido la crisis de la adolescencia es vista como etapa con un gran potencial constructivo, que posibilita la maduración y la superación de situaciones problemáticas.

No habría por que discutir una mirada positiva del desarrollo psicosocial, en realidad el enfoque positivista quita presión a la carga patologizante que recae sobre esta etapa específica, pero es importante traer al escenario otra mirada que nutra el concepto.

Millón & Davis (1993) plantean en términos generales, que la adolescencia no es un periodo apacible sino que está lleno de intensas vivencias, sentimientos y actitudes contradictorias en diferentes ámbitos de la vida del sujeto, los que van desde la propia conformación de la identidad personal a ámbitos más externos que tienen que ver con la relación entre pares y con la sociedad en general. Esto hace que el adolescente sea especialmente vulnerable al estrés y a la desadaptación psicológica.

Reafirmando lo anterior, Jessor (1991) en un análisis de las conductas de riesgo en la adolescencia, muestra este periodo como una etapa clave en la adquisición de las adicciones, confirma que el consumo tiene un marcado origen en edades particularmente tempranas, más específicamente en las primeras etapas de la adolescencia.

Un aporte que no se puede dejar de lado, es la consideración sobre la necesidad de comprender el entorno social, cultural y condiciones particulares de los grupos de adolescentes, ya que los mecanismos que ponen en marcha para afrontar las situaciones estresantes están relacionadas con el entorno en el que se desarrollan (Panfichi, 1993). En el énfasis que hace el autor a cerca de la juventud, la tradición y el trabajo, aproxima el término de la adolescencia dentro del marco de un conjunto de situaciones, tareas, actividades, decisiones y capacidades personales que toman significado desde las diferencias de los contextos socioculturales.

La población a la cual va dirigida esta investigación se desarrolla en un medio con condiciones evidentes de pobreza, violencia, posibilidades escasas de acceso a niveles superiores de educación, espacios laborales reducidos a trabajos informales. Además sus entornos están constituidos en su mayoría sobre la base de las pandillas, acceso fácil a las drogas, lo cual conforma una subcultura en si misma que perpetua mecanismos de reforzamiento negativo ahondando la vulnerabilidad de los adolescentes.

Esta vulnerabilidad contextual promueve la investigación de factores demográficos, puesto que en la mayoría de casos de los adolescentes consumidores del Centro de rehabilitación existen aspectos estructurales o relacionales a nivel familiar que se convierten en constituyentes de riesgo. En síntesis, dentro de los hogares de estos adolescentes no se les brinda un soporte emocional adecuado y se descuidan las potencialidades que pueden desarrollar, conformándose un panorama adverso que puede redundar en mayor dificultad para afrontar algunas condiciones específicas como el consumo de SPA (Peñaherrera, 1998).

Entonces aunque la adolescencia es una etapa natural y propia del desarrollo, ha sido piedra angular en cuanto al análisis de la vulnerabilidad psicológica y factor de riesgo. Siendo preocupante los índices de adolescentes en situación de consumo así como también el inicio de este en etapas cada vez más tempranas. La complejidad del fenómeno, ha hecho que se involucre a la familia como factor determinante en los procesos de rehabilitación para el consumo de SPA, lo cual implica conocer los antecedentes estructurales, relacionales, eventos traumáticos y en general datos específicos que sirvan para nutrir la integralidad en el diagnóstico y en la intervención de esta problemática.

Posterior a plantear la adolescencia como una etapa importante, se ampliará la adicción de acuerdo a los intereses conceptuales de la investigación, por lo cual se hace necesario empezar por la conceptualización más próxima y consensuada del fenómeno.

6.2 La adicción desde el Manual Psicopatológico

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición revisada (2000) conceptualiza los trastornos relacionados con sustancias en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, demencia, trastornos amnésicos, psicóticos, del estado de ánimo entre otros). Por los criterios de inclusión que son tenidos en cuenta para la conformación de la muestra de adolescentes participantes de la investigación, así como por las exigencias que el instituto hace a los beneficiarios del programa de rehabilitación, se tendrán en cuenta la discriminación del manual sobre la dependencia y abuso de SPA, como diagnósticos prevalentes para los adolescentes del Instituto de Formación Toribio Maya.

El (DSM-IV-TR, 2000) define la dependencia como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) ítems durante un período continuado de 12 meses. Los criterios para la dependencia están sobre el análisis del adicto en cuanto a la tolerancia, la abstinencia y el nivel de control de su vida cotidiana frente al imperioso deseo de consumo.

En cuanto al abuso el (DSM-IV-TR,200) lo explica como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado igualmente por tres o más de los síntomas presentes para el diagnóstico. Los criterios en este caso se sintetizan sobre el uso continuado y recurrente que afecta de forma directa o indirecta las diferentes áreas del adicto, tales como: el trabajo, la escuela, las relaciones interpersonales, el desempeño social entre otras.

Un aspecto que atraviesa el diagnóstico para la dependencia y el abuso de SPA, y al cual el manual de psicopatología le confiere un papel importante en las distintas conductas adictivas, es el relacionado con la pérdida de control. Becoña et al. (2011) afirma: “una característica común y central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia”. (p.15). En conclusión el cumplimiento de los criterios para dependencia y abuso de sustancias psicoactivas, se vincula con la pérdida del control, uso compulsivo, patrón desadaptativo, síndrome de abstinencia, dependencia y estado psicológico general, que inhabilita al individuo para el desempeño efectivo de las funciones cotidianas en la mayoría de las áreas de su existencia.

6.3 Bases conceptuales del enfoque cognitivo

Después de conocer a grandes rasgos la adicción como patología a investigar y la adolescencia como una etapa evolutiva importante, llega el momento de describir el enfoque cognitivo conductual, la comprensión de este frente al fenómeno y los esfuerzos significativos por mejorar el nivel de profundidad y comprensión la patología, lo cual ha dado lugar a nuevas y fecundas teorías como los EMTs y los estilos de afrontamiento.

Contar la historia de la psicoterapia cognitiva resulta apasionante, por el momento se aborda su aparición como psicoterapia, dando por sentado que son familiares los pilares que la preceden: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo. Los cuales han sido nicho de innumerables hipótesis que hoy consolidan a la psicoterapia cognitivo conductual como una alternativa especializada, centrada y con gran trayectoria empírica.

Los orígenes de esta terapia parecen coincidir con la crisis de la teoría psicoanalítica, (Semerari, 2000). Esta crisis tiene que ver con un momento cumbre en el que las exigencias terapéuticas reclaman una aproximación heurística del paciente. El psicoanálisis de la época se encontraba peligrosamente asociado a la metapsicología como conjunto de conceptos erróneos, sin fundamento, que descuidaban de forma evidente la explicación consiente del paciente frente al sufrimiento, pareciera entonces que el “analizante” adaptaba la teoría a la diversidad psicoterapéutica, desconociendo la experiencia y la percepción del analizado como vital en el proceso.

A partir de la notable crisis del psicoanálisis, la especial controversia de la teoría clínica y la metapsicología así como la proliferación de las teorías informacionales, se empezó a dilucidar la teoría clínica cognitiva, que entiende el sufrimiento humano como explicable desde formas características de pensamiento, las cuales pueden ser diferenciadas dependiendo de la causa del sufrimiento. Lo más parecido a la especificidad cognitiva o perfil cognitivo presente en las teorías actuales (Beck, 1976).

Keegan (2007) plantea: “Ellis. y Beck comenzaban a pensar los modelos patológicos bajo modelos cognitivos. Ambos se habían formado como psicoanalistas, pero habían decidido adentrarse en territorios relativamente inexplorados por el psicoanálisis de la época”. (P. 39). Las decisiones conceptuales e ideológicas de estos dos autores promueven la investigación de los esquemas como núcleo de la teoría, encontrando hallazgos determinantes en el procesamiento de la información de pacientes diagnosticados con depresión (Beck.A, 1979).

Keegan (2007) Afirma: “la publicación de los primeros estudios sobre los procesos de información en el sufrimiento psicológico, ofrecía un cambio de visión paradigmática sobre la depresión”.(P. 40). La nueva interpretación de la depresión propone que esta tiene un perfil cognitivo característico, un sesgo en el procesamiento de la información donde se ve seriamente alterada la tríada cognitiva, en cuanto a la visión de sí mismo, del futuro y del mundo.

La naciente forma de comprender y tratar la depresión, es traída a colación en este marco teórico, porque a partir de aquí surge en 1985, el libro de manejo cognitivo de los trastornos de ansiedad que ha sido de vital importancia para el abordaje de esta patología, en 1983 aproximadamente se desarrollan los primeros tratamientos cognitivos para trastornos de alimentación, en 1990 se publica el libro sobre terapia cognitiva de los trastornos de personalidad, y como se esperaba (Beck et al, 1999), sacan a la luz el Libro Terapia cognitiva para las drogodependencias. Una obra informativa sobre cómo esta patolo-

gía promueve una forma particular de procesar la información, pensamientos distorsionados, esquemas cognitivos y factores asociados que perpetúan el abuso, evitan la recuperación y promueven la recaída.

6.4 Perfil cognitivo

El perfil cognitivo es una de las principales características de la terapia cognitiva estándar, en este sentido los desórdenes mentales podrían ser explicados y diferenciados respecto a un conjunto de esquemas y modelos de procesamiento específicos.

En cuanto al perfil cognitivo Semerari, (2002) afirma: “son modelos cognitivos inadaptados que regulan de forma patógena la elaboración de la información. Estos son específicos dependiendo de los diferentes desórdenes. La teoría cognitiva considera que es posible trazar un perfil cognitivo diferente para los principales síndromes psiquiátricos”. (p.29).

El concepto de perfil cognitivo se nutre de distintas definiciones, aportes de diferentes autores que comparten como aspectos generales, la existencia de un procesamiento de información sesgado, creencias que conforman material de atribución específico, de sí mismo, del entorno y del futuro, lo cual permitirá adaptarse funcional o disfuncionalmente al medio (Millón & Davis, 1998; Beck, 2000).

Las investigaciones en perfil cognitivo para las adicciones, han estado ligadas a la comprensión de componentes psicológicos cada vez más estables, predictores de vulnerabilidad y explicativos de formas generalizadas de procesamiento, que influyen en la dinámica del fenómeno.

Beck (2000) se refiere a las creencias centrales como ideas valoradas y legítimas para el individuo desde el cual da explicación a aspectos que tienen que ver consigo mismo, en la relación con los de más y en general con el mundo que lo rodea, así mismo Young (1994) introduce a la vulnerabilidad cognitiva los EMTs, un concepto fructífero en la psicología moderna y posmoderna que ha dotado a los esquemas de material sensible, cargado de componentes cognitivos, emocionales, fuertemente arraigados, estables, perdurables y adquiridos relacionalmente en etapas tempranas y significativas para la conformación de los rasgos de personalidad.

Por último Lazarus & Folkman (1986) posterior a importantes discernimientos en torno al estrés, la evolución, la adaptación entre otros, acuñan el concepto de estilos de afrontamiento el cual se torna relevante en la composición de un perfil, ya que la forma característica de tipo cognitivo o conductual, que implementan las personas para manejar las demandas externas o internas evaluadas como desbordantes de sus propios recursos, se convierte en un factor de vulnerabilidad que debe ser tenido en cuenta en los procesos psicoterapéuticos, con especial énfasis en los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Frente al requerimiento de la investigación, se realizó un perfil cognitivo de adolescentes diagnosticados con trastorno por abuso de SPA. Se acudió a los estilos de afrontamiento, EMTs e información demográfica. Factores que han conformado un importante material empírico para el abordaje del fenómeno, se ha logrado delimitar perfiles psicológicos específicos para consumidores de sustancias y se procura promover la intervención a través del reconocimiento de estos

6.5 Enfoque cognitivo conductual y adicción

Siguiendo el hilo conductor del marco teórico, es importante conocer como concibe el enfoque cognitivo conductual estándar la drogodependencia. En este sentido se aprovechará lo sucinto del modelo completo del abuso de sustancias expuesto a continuación.

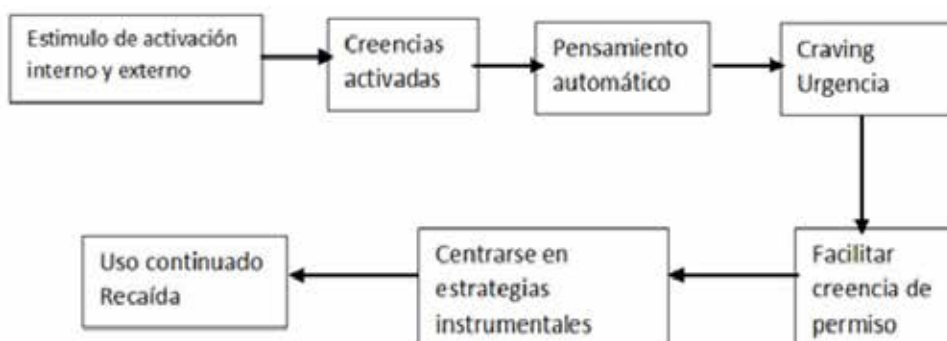


Figura 2. Modelo completo del abuso de sustancias de A. Beck y colaboradores, 1993. (p.78).

La gráfica anterior ha sido el símbolo de la conceptualización cognitivo conductual en drogodependencias, deja ver la estricta comprensión que se tiene sobre el fenómeno, así como también permite desde las bases teóricas afirmar que las adicciones están conceptualizadas sobre un procesamiento cognitivo de retroalimentación específico, el cual perpetúa la relación disfuncional con determinada sustancia (Beck et al 1999; Knapp, Ernani & Baldisserotto 2001 & Ernani, 2004).

En esta línea la adicción se puede explicar como un modo cognitivo, emocional y conductual específico de relación con una sustancia, así una situación estresante interna o externa activará creencias centrales e intermedias en temáticas como la baja tolerancia a la frustración (Knapp et al, 2001).

Estas situaciones altamente exigentes para el individuo afectarán aspectos estructurales como son las creencias de desamparo y creencias de desamor (Beck et al. 1993). Posteriormente esta activación cognitiva producto de una situación detonante, entra en interacción con las creencias anticipatorias de alivio y bienestar que el adicto ha formado acerca de la droga, luego el proceso avanzará hacia creencias permisivas, las cuales acercan al individuo riesgosamente a la conducta de consumo. Si las creencias controladoras, que serían formaciones cognitivas en contra de la utilización de la droga, sucumben ante la fuerza del deseo excesivo de consumo (craving), la persona tendría una alta probabilidad de recaer en círculos compulsivos y disfuncionales en relación a una o varias sustancias.

La teoría cognitiva no solamente explica explícitamente como se produce el consumo de SPA, sino que además promueve la perspectiva de vulnerabilidad cognitiva al informar sobre diferentes perfiles psicológicos y rasgos en determinados trastornos, promoviendo la búsqueda de factores estructurales detrás del sufrimiento humano.

La necesidad de intervenir en aspectos más profundos posibilita que la teoría de EMTs, promueva dentro de sus desarrollos teóricos una aproximación fecunda frente al fenómeno, se presenta como una extensión de la terapia cognitiva estándar que ha nutrido el perfil cognitivo de un gran número de patologías.

6.6 Bases conceptuales del modelo contratado en EMTs

Hablar de esquema es introducirse en uno de los conceptos más fecundos que ha sido acuñado a la psicología, este merecido reconocimiento no es gratuito, pues su carácter central ha permeado la psicoterapia actual en un gran número de enfoques, es considerada un factor transversal reconocido como base de la psicopatología actual y primordial en la constitución de los perfiles cognitivos (Kestenberg, 1980, citado en Aguirre, 1994).

Piaget (200) describe el desarrollo cognitivo dentro de la evolución de estructuras. Desde los primeros "esquemas sensoriomotores" que coordinan las interacciones elementales del niño con su entorno, hasta la génesis del pensamiento formal. Mostrando de esta forma que el esquema se puede definir como una estructura mental determinada que puede ser transferida y generalizada. Este paradigma conceptual sobre el esquema, lo relaciona con capacidades genéticas, operaciones mentales y estructuras cognitivas de desarrollo que guían la atención selectiva y la percepción, esta noción evita un poco ampliar y profundizar las características de clasificación perceptual de un esquema, función determinante y de mayor desarrollo en psicoterapia.

Barlett (1990). Conceptualiza el esquema como:

"Una organización activa de las reacciones o de las experiencias pasadas que se supone actúan en cualquier respuesta orgánica apropiada; es decir, en cualquier ocasión en que exista un cierto orden o regularidad de comportamiento es posible una respuesta concreta solo si está en relación con otras respuestas similares que se han organizado, la determinación a cargo de los esquemas es el modo de influencia más importante generado por las reacciones o las experiencias que se han producido en el pasado" (p.265)

Referente a lo anterior, Semerari (2002) reconoce la modernidad de la concepción de Bartlett, cuando se da cuenta del énfasis concedido a los esquemas como estructuras de gran reactividad, que movilizan los intereses y las tendencias del organismo conectadas con la motivación y la afectividad. En esta apreciación observamos que el esquema toma un sentido mucho más perceptual, diferenciador del comportamiento de cada individuo, y además, ya se empieza a esbozar a la historia como influyente directa o indirectamente en el comportamiento del ser humano.

Sin duda el encargado de llevar el concepto a ámbitos psicoterapéuticos y por lo tanto psicopatológicos fue Beck 1967(1982) el cual empezó a enfatizar en los esquemas de la depresión. Su insistente percepción del esquema como factor central en la explicación de la psicopatología, lo lleva a hacer importantes discernimientos que son los que guía la comprensión e intervención hasta nuestros tiempos.

Beck (1982) afirma: “los esquemas de manera consiente sesgan nuestras interpretaciones de los eventos. Estos sesgos en psicopatología son reflejados en las típicas concepciones erradas, actitudes distorsionadas, premisas inválidas, metas y expectativas irreales” (p.284). En este mismo sentido Segal (1988) define el esquema como: “organización de elementos de reacciones pasadas y experiencias que forman un cuerpo relativamente cohesionado persistente de conocimiento, capaz de guiar las percepciones y valoraciones subsecuentes” (p.147).

En consecuencia la teoría de los EMTs es consistente con la definición de (Sigal,1988) y la conceptualización de (Semerari, 2002), estos no renuncian a la definición primordial de esquema propuesta por (beck, 1982) pero nutren al concepto de contenidos históricos, con importante componente emocional y cognitivo. Estos factores deben ser reconocidos en los procesos psicoterapéuticos ya que obviarlos puede ser el primer aspecto crítico para el fracaso de la psicoterapia cognitiva estándar, especialmente en patologías que presentan comorbilidad con trastornos de personalidad específicos.

Con el fin de alcanzar mayor eficacia en los tratamientos para los trastornos de la personalidad se trae al escenario los esquemas mal adaptativos tempranos (EMTs), para referirse a fenómenos de un nivel extremadamente profundo, que pueden estar inactivos y luego ser activados rápidamente con cambios en el tipo de estímulos que llegan del ambiente (Young 1994, citado por Stein &Young,1992). Este concepto se ampliará puesto que es una de las variables descriptivas de la investigación. La búsqueda de factores estructurales, estables, de alta reactividad emotiva, difíciles de cambiar, como lo son los EMTs, se han asociado con las adicciones y es menester conocer sus aspectos básicos, características y dimensiones que conforman una teoría fértil para la psicología en general.

6.6.1 Definición de esquema mal adaptativo temprano

Young (1999) define los EMTs como: “temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida de un individuo y son significativamente disfuncionales” (p.10). Este concepto aporta la disfuncionalidad como parte de la definición, es decir que los EMTs como construcciones psicológicas influenciadas por las experiencias especialmente infantiles, deben causar en el individuo malestar significativo y/o impedir un desarrollo adecuado en una o varias esferas de su desarrollo. Para comprender de forma general el concepto se mostraran algunas características descritas por (Young et al, 2003).

Todos los esquemas mal adaptativos son creencias incondicionales y sentimientos acerca de uno mismo en relación al ambiente, son verdades a priori que están implícitas y se han dado por sentado.

Los EMTs son auto perpetuados, y por lo tanto mucho más resistentes al cambio, el individuo por la amenaza directa contra la identidad que implica el cambio del esquema, se adentra en maniobras cognitivas y conductuales para mantener el esquema intacto.

Deben ser disfuncionales de manera significativa y recurrente que afectan de forma directa o indirecta las variables psicosociales, convirtiéndose en patologías bien definidas.

Son usualmente activados por eventos relevantes en el ambiente, que concuerdan con el esquema presente en cada individuo así mismo están más estrechamente vinculados a altos niveles de afecto, y activan creencias subyacentes.

Por último parecen ser el resultado de la interacción, entre el temperamento innato del niño y experiencias disfuncionales o patrones continuos de experiencias nocivas, con familiares cercanos que refuerzan continuamente el patrón.

En pro de complementar las características de este concepto Guidano & Liotti (1983) subrayan frente al esquema algunas especificaciones como: incondicionalidad, fuerte peso constitutivo de la identidad, naturaleza circular y confirmatoria que se nutre en una dinámica constante de búsqueda de coherencia entre la información del medio y la constitución de la autoimagen. Por su parte Millón (1981) enfocado en el análisis de los trastornos de personalidad, estudia como se forma una dinámica disfuncional entre: experiencias nocivas durante la infancia, formación de esquemas o susceptibilidades definidas, incremento de la alerta que pronuncia la circularidad de la dinámica, y claramente la deformación o distorsión de realidades objetivas. Frente a lo anterior se puede observar que los EDTs han obtenido relevancia en los discursos psicológicos, se les otorga un valor constitutivo, estructural y base en la conformación de aspectos disfuncionales de la personalidad.

6.6.2 Dimensiones y esquemas

Young & First (1996) realizan la última inspección de la consistencia del cuestionario de esquemas propuesto por Young seis años atrás. Producto de esta revisión se mantuvieron 205 ítems que evalúan 5 amplios dominios y dieciséis esquemas. Este cuestionario, Young Schema Questionnaire long form: second edition (YSQ-L2), es presentado en la tercera edición del libro de Young 1999 y posteriormente validado por Castrillón et al. 2005 para población colombiana". (Londoño, 2008)

Tabla 1:

Esquemas mal adaptativos tempranos asociados con los dominios esquemáticos

Dimensiones	Esquemas maladaptativos tempranos (EMT's)
Desconexión y rechazo	Inestabilidad/abandono: la inestable o desconfiada percepción de que el apoyo y la vinculación afectiva a personas significativas no estará disponible.
	Inestabilidad social: percepción de que no es capaz de desarrollarse diariamente ya que su condición en cuestión de logros y fortalezas están por debajo de los demás.
	Desconfianza/abuso: la expectativa de que los demás herirán, abusarán, humillarán, engañarán, manipularán y tomarán ventaja para afectar negativamente su identidad.
	Depravación emocional: la creencia de que los principios deseos en un grado normal de apoyo emocional no serán adecuadamente satisfechos por los demás.
	Vergüenza/defectuosidad: el sentimiento de que uno es defectuoso, malo, indeseable, inferior, o indigno de respeto, implica una gran hipersensibilidad ante la crítica.
	Aislamiento social/alienación: el sentimiento de que se está aislado del resto del mundo, diferente de los demás y/o no se es parte de ningún grupo o comunidad.
Desempeño y autonomía Deficiente	Dependencia/incompetencia: la creencia de que uno es incapaz de lidiar con las propias responsabilidades diarias de manera competente, sin ayuda considerable de los demás.
	Vulnerabilidad al daño o la enfermedad: miedo exagerado a una catástrofe inminente que lo atacara en cualquier momento la cual será incapaz de prevenir.
	Entrampamiento: involucramiento emocional, excesiva e intimidad con una o más personas significativas, a expensas de la total individuación o normal desarrollo social.
	Fracaso: la creencia de que uno ha fallado, o fallara inevitablemente, o es fundamentalmente inadecuado y menos exitoso en las diferentes áreas que los demás.
Límites Insuficientes	Derecho/grandiosidad: la creencia de que se es superior a las demás personas, merecedor de derechos y privilegios no limitados por las reglas que guían la interacción social normal.
	Autocontrol insuficiente/autodisciplina: profunda dificultad o denegación a ejercer el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para lograr las metas personales, se produce la evitación de la incomodidad a expensas de la auto realización.

Tendencia hacia el otro	Subyugación: Excesiva rendición del control a los demás a causa de un sentimiento coercitivo usualmente para evitar ira, retaliación o abandono.
	Auto sacrificio: necesidades de los otros en situaciones diarias, a expensas de la propia gratificación, para evitar culpa, mantener la relación de los otros percibidos como necesitados.
Sobrevigilancia e inhibición	Inhibición emocional: excesiva inhibición de los actos, sentimientos espontáneos, o comunicación usualmente para evitar la desaprobación de los otros, culpa o perder el control de los propios impulsos.
	Estándares inflexibles/hipercrítica: la creencia subyacente de que uno debería esforzarse por alcanzar estándares internalizados muy altos de comportamiento y desempeño usualmente para evitar las críticas.

Fuente: Young, 1999, p.15

6.6.3 Procesos esquemáticos

Young (1994, 1999) ha identificado tres principales procesos esquemáticos: mantenimiento, evitación y compensación, que explican cuál es la dinámica cognitiva, afectiva y conductual que perpetúa o afianza la rigidez, densidad e hipervalencia de los componentes esquemáticos latentes. Para favorecer la síntesis y la comprensión se presenta la siguiente tabla:

Tabla.2
Procesos esquemáticos

Proceso esquemático	Descripción
Mantenimiento	Se refiere a procesos de tipo cognitivo, emocional y conductual por los cuales los EMTs tempranos son reforzados, en el aspecto cognitivo Beck ha reconocido las distorsiones cognitivas (maximización, minimización, abstracción selectiva y sobregeneralización) como primordiales en este proceso, y en el aspecto comportamental, el esquema se mantiene por patrones instrumentales que se utilizan para que el esquema no se vea afectado.
Evitación del esquema	La evitación cognitiva, emocional y comportamental es medio de escapar al dolor asociado con la activación de los EMTs, en el aspecto cognitivo es muy usual observar el bloqueo de imágenes o de pensamiento, en el aspecto emocional también se puede observar que los pacientes de forma consciente o inconsciente, impiden experimentar emociones que se activan en determinadas situaciones, lo cual cronifica el malestar subjetivo, el aspecto comportamental hace referencia a la evitación de las circunstancias de la vida real, que podrían activar el esquema doloroso.
Compensación del esquema	Aunque su definición no es concreta se podría decir que son estilos cognitivos, afectivos y comportamentales opuestos de acuerdo a la predicción psicológica de la manifestación de un EMTs, es decir que una persona con una vulnerabilidad que radica en un esquema de dependencia/incompetencia, podría rechazar cualquier crítica, o personas que en edades tempranas experimentaron deprivación emocional pueden comportarse de manera narcisista.

Fuente: Young, 1999, p.27

Luego de describir brevemente los esquemas y algunas de sus características y componentes esenciales, es menester centrar la atención en la relación que se puede hallar entre estos y las adicciones. Los antecedentes empíricos demuestran una presencia característica de los esquemas en los adictos por lo cual es importante comprender como esta relación ha sido conceptualizada.

6.7 El abuso de SPA y la teoría de los EMTs

Dos aseveraciones hay que tener en cuenta para relacionar los EMTs y las adicciones. Keegan, (2012) afirma: "Parece claro que las personas consumen para regular sus emociones: librarse de las negativas y extender las positivas. En la perspectiva cognitivo-conductual se considera que las personas con dificultades para regular las emociones son las más vulnerables al consumo". (pg.5). Al observar la anterior afirmación y regresando al concepto de "esquema", se puede inferir que existe una relación por lo menos hipotética entre emociones desbordantes y estructuras cognitivas adquiridas en etapas sensibles, es decir que un esquema activo, prevalente y con gran densidad, se convierte en base psicológica para la explicación del sufrimiento emocional del individuo.

Como segunda premisa Keegan (2012) manifiesta: "nadie nace consumidor ni comienza a consumir espontáneamente". (pg.7). El posterior desarrollo a este enunciado permite inferir que es necesario que la experiencia promueva formaciones cognitivas, formas de pensar y sentir fuertemente arraigadas, inflexibles, con gran reactividad, densidad y que encuentren en una sustancia o conducta específica, la adicción que aparentemente regula su bienestar general. Al relacionar el esquema con un amplio contenido afectivo y las adicciones como estrategia de regulación emocional tendríamos una explicación fundamental del fenómeno.

Igualmente Barry, Grafeman, Adler &, Pickard (2007) & Calvete (2008) encuentran que esquemas cognitivos relacionados con la falta para ejercer control y sesgos significativos en la visión negativa de sí mismo, están sobre las base psicológica de las adicciones. En esta misma línea Young & Klosko (1993) propusieron que el dominio de límites deteriorados donde se encuentran los esquemas de grandiosidad y autocontrol insuficiente estaría relacionado con la conducta adictiva, este dominio está asociado con falencias para auto dirigirse o establecerse límites internos, así mismo implica poca responsabilidad con respecto al otro como regulador social.

En el caso del esquema Derecho/grandiosidad, el individuo se percibe superior a los demás y por lo tanto debe ser tratado de forma especial, se ha relacionado también este esquema con el bajo control a la frustración. Mesa y fuentes (1996) lo identificaron como factor importante en la vulnerabilidad ante el abuso de SPA.

El segundo esquema que ha sido identificado como integrante de la vulnerabilidad cognitiva frente a la adicción es auto control insuficiente/autodisciplina, está relacionado con la percepción o creencia de que no se es capaz de controlar los impulsos, por lo cual todos los objetivos se convierten en inalcanzables y el entorno demasiado exigente puesto que no se percibe con las herramientas para afrontarlo (Berry et al 2007 ; Calvete& Estevez. 2009).

Complementando lo anterior Rodríguez (2009) afirma: "el modelo basado en los EMTs, hipotetiza que el consumo de sustancias puede ocurrir como una expresión directa del comportamiento por la activación de algunos esquemas" (p.9). Entre los cuales se puede nombrar: derecho/grandiosidad, autocontrol insuficiente/autodisciplina, subyugación, auto sacrificio y búsqueda de aprobación. Frente a lo anterior se puede afirmar que la activación de un esquema y el malestar psicológico que este implica, junto con una reacción de evitación o contraataque de forma disfuncional, puede ocasionar el panorama perfecto para la adquisición de una conducta adictiva.

En conclusión, el esquema al estar fuertemente cargado emocional y cognitivamente tendrá varios efectos colaterales a lo largo de la vida del ser humano, este último al percibir la dificultad que resultan del tener que lidiar con la molestia psicológica, optará de forma consiente o encubierta, por alternativas poco funcionales que tienden a reducir el malestar y a perpetuar el esquema, los efectos de algunas sustancias guardan una afinidad sobrevalorada por el adicto, ya que le permiten evitar el conflicto interno y además reforzar esquemas personales arraigados.

Las forma consiente o inconsciente de los individuos para enfrentar una situación, ya sea mediante una adicción o una conducta adaptativa también hace parte del perfil psicológico, se conocen como estilos o estrategias de afrontamiento. Pero antes de conceptualizar sobre estos, es importante comenzar por definir el estrés, ya que estos dos conceptos se complementan en la conformación de un marco heurístico frente a un fenómeno psicológico específico.

6.8 El estrés

La definición del estrés ha implicado un reto para la psicología, básicamente por la dificultad que ha existido para delimitarlo conceptualmente de fenómenos psicológicos específicos, caracterizados por condiciones situacionales o personales que causan evidente sufrimiento en el ser humano que las padece, al respecto se podría nombrar una lista variada a lo que se suele atribuir el calificativo de situación estresante, tales como: duelos, cambios bruscos en la vida personal, enfermedades terminales, catástrofes, etc.

Fierro (1997) afirma que

“El estrés no es lo mismo que la tragedia o que la indefensión. En la vida humana hay a veces tragedia. Pero a las tragedias, al destino, a la “Moira” griega o a los poderes de la naturaleza, en rigor, no se les afronta, pues no hay nada que hacer. A ellos estamos sencillamente confrontados como puras víctimas. (p.8)

Por su parte Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como. “una clase particular de relaciones E-R, una relación apreciada (“appraised”) por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro el bienestar del individuo”. (p.43). En este orden de ideas, en el estrés influyen aspectos relacionados con la característica de la situación, y con particularidades perceptuales del organismo que llevan a que se establezca una condición psicológica a la cual podría llamarse estrés.

Una delimitación clara y útil del estrés para esta investigación, es que involucra o exige afrontamiento y acción, que se produce en una forma prologada y que incluye la apreciación o percepción del individuo como determinante en la valoración de la situación (Fierro 1997 & Lazarus & Folkman 1986)

Fierro (1997) se han encargado de hacer una discriminación necesaria para el concepto. Han sostenido debates importantes y análisis conceptuales entre: estrés y adaptación, estrés y su interpretación desde la situación, la acción, la percepción, la reacción disfuncional etc. De esta forma se pueden establecer especificaciones precisas que serán marco conceptual de esta investigación. Este autor establece tres componentes que surgen de la relación entre la situación demandante y el sujeto, ellas son:

El hecho objetivo de que el individuo no está a la altura de las demandas, de las circunstancias, y no lo está por la dificultad o imposibilidad, con sus escasos recursos, de atender bien a la vez demandas o muy intensas o incompatibles con su condición

El estado o disposición de ánimo de la persona (“mood”, humor, talante, emoción, experiencia) se ve fuertemente afectado

El peligro de patrón disfuncional en el comportamiento instrumental y/o el de daños o riesgo relativamente permanente en alguno de los subsistemas de la persona.

Los tres componentes descritos con anterioridad dejan en claro que el estrés requiere de una condición de afrontamiento, pero no todas las situaciones que hacen este llamado pueden calificarse como estresantes, sino aquellas que la persona no tiene medios suficientes, habilidades, hábitos y libertades de acción para atenderlas. En este momento psicológico se produce el estrés el cual reclama la acción del organismo que lo enfrenta. Por esta razón se vincula de forma complementaria el concepto de afrontamiento, como relevante en la vulnerabilidad cognitiva, pues la forma del individuo comportarse y pensar frente a la situación demandante, también ha tenido un desarrollo conceptual importante que se ha vincula al perfil cognitivo de diversas patologías.

6.9 Estilos de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) definen estilos de afrontamiento como: “esfuerzos cognitivos y comportamentales para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo”. (p.164). Es importante acotar que esta definición lleva intrínseco el resultado de las conclusiones sobre el carácter evolutivo, adaptativo y autorreferencial. De un ser humano que establece dialéctica entre los estímulos internos, externos y su percepción objetiva o subjetiva de los recursos con los que cuenta para enfrentar situaciones demandantes

El avance de las investigaciones sobre el afrontamiento, así como de los EMTs, han estado influenciadas por un interés permanente de la psicología, por establecer factores estables de análisis, la definición anterior de estilos de afrontamiento muestra al concepto no como aislado, sino que por su actividad en la psique del ser humano, se ubica como factor importante dentro de los tipos y dimensiones de la personalidad Lazarus y Folkman (1986).

Para efectos de esta investigación, es importante la diferenciación entre estilo y estrategia de afrontamiento, como estilo se hace referencia a aquellas “disposiciones personales” presentes en una gran varie-

dad de situaciones, este concepto se puede interpretar como una condición psicológica de características mucho más estable y duradera que las estrategias, estas últimas se ponen en marcha con determinado estilo presente en cada individuo, son variables para cada contexto dependiendo del desencadenante (Carver & Scheier, 1994; Fernandez, Palermo, Cholis & Martinez, 1997, & Cassaretto, 2003).

De esta forma se puede reafirmar que al indagar los estilos de afrontamiento en los adolescentes del Instituto de formación Toribio Maya, se está optando por conocer formas de pensar, actuar y sentir que son perdurables y relativamente estables para el enfrentamiento de situaciones desbordantes y que por ende son constituyentes de rasgos característicos de la personalidad de cada uno de los participantes.

lazaruz & Folkman, (1986) describen los estilos de afrontamiento teniendo en cuenta los aspectos tratados anteriormente, a continuación se realiza el parafraseo con el fin de sintetizar la conceptualización a cerca de cada uno de ellos.

6.9.1 Estilo centrado en la solución de problemas (SP)

Este tiene que ver con la puesta en marcha de estrategias cognitivas, conductuales y emocionales enfocadas a resolver el conflicto, entre estas alternativas se pueden observar: análisis de posibilidades, realizar planes de acción, plantearse hipótesis sobre las alternativas y los resultados esperados, buscar información pertinente entre otras.

6.9.2 Estilo centrado en Búsqueda de soporte social (SS)

Este estilo de afrontamiento se puede definir como una habilidad del individuo que le permite buscar contención, apoyo emocional, información y en general medios de mitigar la situación estresante mediante la relación con los otros.

6.9.3 Estilo de Evitación (EV)

Este estilo le corresponde a las personas que utilizan medios y estrategias para evitar solucionar el problema, y en algunas ocasiones tampoco exponerse a una situación que implique mínima demanda, puesto que se piensa de ante mano que no se contara con las herramientas para afrontarla, estas personas tienden a aislarse, no expresar su problemática como medio para mantener el aparente equilibrio.

6.9.4 Estilo de Autoculpabilización (AC)

En este estilo se encuentran las personas que atribuye características del problema o en su totalidad a su propio desempeño, esto tiene que ver con una “reevaluación” tendiente a criticarse constantemente sobre condiciones adversas, en otras palabras, se responsabiliza de forma ilimitada en problemáticas que no siempre dependen de sus capacidades, cualidades o desempeño en general.

6.9.5 Estilo Fantasioso (FA)

Este estilo tiene que ver con las personas que se le dificulta aceptar los hechos de la vida real, por lo cual se aleja del panorama de la vida cotidiana para creer en que pueda existir un milagro, una fuerza sobrenatural o golpe de suerte que cambiará las características de la situación causante de estrés.

Para finalizar, en palabras poco técnicas se puede afirmar que el ser humano se enfrenta a situaciones estresantes en la vida cotidiana, lo cual exige de este una reacción ya sea de tipo cognitivo, emocional e instrumental que le ayude a mitigar el impacto del factor estresante interno o externo. En síntesis sobre los planteamientos de Lazarus y Folkman se puede inferir, que el afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés, que no implica control absoluto, si no negociación acertada tanto emocional, instrumental y cognitiva, con una realidad particular que se convierte en desbordante.

6.10 Estilos de afrontamiento y adicciones

El modelo de afrontamiento al estrés propuesto por (Wills y Shiffman, 1985; Wills, McNamara, Vaccaro, & Hirky, A.1996) asumen en su generalidad, que la utilización adictiva de una sustancia, se produciría como medio para hacer frente a los efectos negativos del estrés o en otros casos aumentaría la capacidad para hacer frente a las adversidades psicológicas. Existen en la literatura algunas teorías y estudios significativos, que destacan las estrategias de afrontamiento a situaciones cruciales como determinantes en el uso de sustancias, en la evolución del tratamiento y en la recaída.

(Marlatt & Gordon 1985), hacen un análisis importante sobre la recaída, explican que esta se puede producir por las dificultades para poner en practica estragáis y estilos de afrontamiento adecuadas, especialmente en momentos de alta tensión psicológica que son inherentes a la rehabilitación, el modelo de la recaída deja ver como el adicto necesita estar preparado, para tomar las decisiones y estrategias más adecuadas, en circunstancias específicas.

Una forma alternativa de mirar los estilos de afrontamiento la proporciona (Risk Hawkins, Catalano, & Miller, J, 1992., &Ortega, Valz & Lezama, 2001). Estos autores relacionan la drogodependencia y los estilos de afrontamiento, mediante la teoría de los factores protectores y de riesgo, concluyen que dentro de las Comunidades Terapéuticas (CT), así como en cualquier proceso de reahabilitacion que implique la abstinencia, el adicto al verse sin consumo tendrá que utilizar estrategias alternativas, estas funcionarán como factor protector o de riesgo según la condición particular y cultural. Al respecto

Ortega et al (2001) afirma que

Es necesario conocer los estilos de afrontamiento por varias razones a) ver si son las estrategias más adecuadas al perfil psicológico del sujeto; b) si el tipo de sustancia psicoactiva propicia o genera una forma determinada de afrontamiento; c) modificar los estilos de afrontamiento des adaptativos o perjudiciales al drogodependientes; d) prevenir las recaídas al posibilitar formas de afrontamiento adecuadas y eficaces. (p.57)

La anterior forma de conceptualizar los estilos de afrontamiento, resulta no contradictoria frente a lo planteado por (Wills y Shiffman et al 1985), pero si complementaria para la psicoterapia, puesto que la adicción ya no sería comprendida específicamente como una forma de afrontar las problemáticas personales, si no que se convierte en el detonante, de la puesta en marcha de diferentes estilos y estrategias de afrontamiento, del individuo que tiene que lidiar con las exigencias psicológicas del proceso de recuperación.

En este mismo orden de ideas Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993). En el modelo centrado en los estadios de cambio, explican que estos, se componen de procesos específicos a nivel psicológico que el adicto realiza para mantenerse sin consumo. Estos mismos autores han comprobado, que en estadios de mantenimiento frente al proceso de la adicción, la utilización de estrategias como el establecimiento adecuado de un contacto social, habilidades interpersonales de protección y habilidades específicas como la posibilidad de “decidir no”, hace que se consuma menos drogas o se prevenga la recaída Inminente.

Asi mismo (Wargner, Myers & Inich, 1999) llegaron a la conclusión que los adolescentes que utilizaban estrategias que implicaban afrontamiento, ante situaciones demandantes o estresantes consumían mucho menos que aquellos que utilizaban estrategias de evitación. Esta afirmación resulta contundente para relacionar de forma significativa, el afrontamiento del problema y la evitación como predictores importantes de un proceso de rehabilitación.

Algunas estrategias de afrontamiento que han sido investigadas con mayor énfasis en el consumo de sustancias son las relacionadas con: habilidades sociales, (Chaney, Roszell & Cummings, 1982; Marlatt & Gordon, 1978; Monti, Abrams, Binkoff & Zwick, 1986); resolución de problemas (D´Zurilla & Goldfried, 1971) y las estrategias de manejo del estrés (Lazarus y Folkman, 1984). Estas perspectivas teóricas para el manejo de las adicciones demuestran que es de vital importancia el análisis de como el individuo enfrenta las situaciones adversas, entre ellas las demandas continuas a nivel psicológico que se adhieren a un proceso de rehabilitación frente al consumo de SPA.

En este sentido se ha optado en la psicoterapia, por entrenamientos centrados en habilidades y estrategias específicas, en el distanciamiento crítico del individuo frente a su proceso de recuperación, así como la evitación de decisiones y preferencias emocionales, cognitivas e instrumentales que se han relacionado con estilos de afrontamiento y estrategias que provocan vulnerabilidad al desliz o a la recaída, tal como se muestra en los antecedentes de esta investigación.

Por ultimo en el perfil cognitivo es importante mencionar como se relacionan los antecedentes familiares con la vulnerabilidad al consumo de SPA, hay que tener en cuenta que todo el desarrollo teórico de esquemas y estilos de afrontamiento, comparten la historia como factor determinante en la conformación

de rasgos de protección o vulnerabilidad, los cuales salen a la luz cuando el individuo se enfrenta a un serio proceso de rehabilitación.

6.11 Familia y adicciones

Irles et al (2013) informa: "En la adolescencia temprana, la familia es uno de los principales agentes de riesgo/protección del inicio del consumo de drogas. Su influencia en la adquisición de hábitos de salud le convierte en diana preferente de intervenciones preventivas" (p.226). En este sentido algunos investigadores han realizado aportes frente a las variables necesarias para la comprensión de la dinámica familiar y su relación con el consumo abusivo de SPA.

El adolescente no solo enfrenta transformaciones físicas, hormonales, emocionales, cognitivos, entre otras, sino que además experimenta cambios en la "relaciones y experiencia sociales", una de las dinámicas que con más frecuencia se ve afectada es la que se establece con los progenitores, producto de factores psicológicos que se activan en los familiares en esta etapa del desarrollo (Steinberg, 1988).

De acuerdo a lo anterior Steinberg (1988) con un tinte cognitivo conductual propone que estos cambios relacionales que se dan entre los padres, cuidadores y el adolescente, se puede comprender desde tres ópticas, la de las interacciones, la de las cogniciones y la de los afectos, donde A serán las interacciones, B las cogniciones y C los afectos. En consecuencia el ABC de las relaciones entre adolescentes y progenitores, ha tenido un desarrollo no tan extenso pero se observaron conclusiones importantes para esta investigación.

En cuanto a los afectos (A), se evidencian cambios significativos durante la adolescencia, la exacerbada búsqueda de independencia, y las nuevas relaciones sociales lo convierten en menos explícito en las manifestaciones afectivas, pasa menos tiempo con sus padres y se establece una limitante evidente que evita la cercanía y la expresión abierta de sentimientos que se expresaron con más facilidad en etapas anteriores (Larson, Richards, Moneta, Holmbeck, & Duckett, 1996).

Referente los comportamientos (B), Las investigaciones se han dirigido hacia el análisis de los conflictos, especialmente la frecuencia, la intensidad y las estrategias que utilizan para afrontarlas, las conclusiones muestran que aunque la frecuencia en las dificultades de la comunicación no aumentan, si lo hace la intensidad.

Los conflictos se agudizan especialmente entre la madre y el hijo varón, la dinámica de poder se ve fuertemente afectada, el adolescente busca ganar status y aprobación en el lugar que ha sido ocupado con anticipación por su madre y padre respectivamente, Pareciera así mismo que la percepción de los progenitores frente a la adolescencia hace que las dinámicas relacionales se tornen mucho más exigentes, se indispongan frecuentemente las partes, lo cual puede llegar a convertirse en serios problemas de interrelación que atentan contra el equilibrio y la salud mental de los miembros (Laursen & Collins, 1994).

En referencia a las cogniciones de la triada (C). Las familias se ven afectadas por los cambios en las percepciones tanto en los padres como en los adolescentes. En este sentido por parte de los padres se produce un incremento del nivel de expectativa frente a sus hijos, acentúan la vigilancia y las críticas a conductas específicas percibidas como intencionadas y que buscan atentar contra las dinámicas y los roles establecidos al interior del hogar. Aumenta entonces el temor de los padres frente a las demandas de los adolescentes ya que los perciben en la mayoría de los casos como vulnerables, demasiado críticos, poco asertivos y más alejados en esta etapa del "hijo ideal". En cuanto a los adolescentes la percepción se centra especialmente en la desidealización de los progenitores, esto implica cambios significativos en el nivel de comunicación y la dinámica de los roles, lo cual hace que aproveche las nuevas capacidades del pensamiento para buscar independencia y nuevos entornos sociales de gran interés (Collins, 1995).

La triada (ABC), como forma de comprender las relaciones de los padres y adolescentes, resulta muy útil para explicar dinámicas familiares específicas de esta etapa, es de aclarar que la población a la cual se dirige este estudio, se encuentra expuesta a la exclusión, la pobreza y los efectos de la inequidad y la violencia de todo orden, condición que perpetúa dinámicas disfuncionales que atenta contra el bienestar de los adolescentes. El bajo nivel educativo, la poca comprensión de aspectos primordiales como la adolescencia, los altos niveles de alcoholismo, drogodependencia y la poca intervención psicosocial, hace que los afectos, los comportamientos y las cogniciones de los miembros de los grupos familiares en ciclos vitales críticos sean mayormente contraproducentes, aumenten el riesgo hacia las problemáticas del ciclo vital entre ellos las drogodependencias, y perpetúen las problemáticas interaccionales al interior del grupo primario.

En cuanto al riesgo asociado a las dinámicas familiares Merikangas, Dierker & Fenton (1998) explican dos factores que pueden aumentar la probabilidad de uso de drogas en los adolescentes. En primer lugar

los específicos, los cuales tienen que ver con exposición directa a las diferentes sustancias y el modelamiento del consumo de los progenitores o cuidadores. En segundo lugar los factores inespecíficos, estos se dirigen hacia el conflicto familiar, las relaciones entre los miembros, los estilos educativos, la exposición ante situaciones estresantes, la psicopatología y negligencia. Este aporte de los autores mencionados, es una de muchas acentuaciones de la familia como influyente, y en ocasiones determinante en la vulnerabilidad frente a la adicción.

Es así como Becerra (2008) hace una exhaustiva revisión de estudios enfocados a la comprensión de la influencia de las dinámicas familiares en la adicción a diferentes tipos de sustancias, de esta forma las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia de consumo abusivo de drogas por parte de un miembro de la familia son:

Clima familiar negativo: desorganización familiar y estrés, negatividad, rechazo y psicopatología de uno o varios de los miembros.

Conflicto familiar excesivo: abusos verbales y físicos, críticas al consumidor y hostilidad generalizada

Falta de comunicación adecuada: incomunicación entre miembros, falta de cohesión, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones disfuncionales entre los miembros.

Estilos educativos inadecuados (por parte de los padres): ambigüedad en las normas familiares, exceso de protección, falta de reconocimiento, organización familiar rígida, uso de drogas y actitudes favorables de los miembros de la familia hacia estas.

Estas variables son tenidas en cuenta dentro de la entrevista semi estructurada, que se realiza en esta investigación a los adolescentes adictos y al grupo control, puesto que es un medio de ampliar el perfil. Es notoria la importancia de las características familiares dado que los hallazgos demuestran relación positiva entre consumo de sustancias y estilos educativos inadecuados, climas familiares adversos, comunicación poco asertiva, psicopatología al interior del núcleo, entre otros.

7. METODOLOGÍA

Lerma (2001) hace énfasis en la utilización de un adecuado diseño de investigación, lo cual determina la lucidez del proceso que parte desde la discriminación de la muestra, la forma de recolectar los datos y el tipo de análisis que se realicen frente a estos, pues cada diseño de investigación tiene sus características, intereses, bondades y limitaciones que no pueden ser descuidadas, para esto se desarrollan los puntos que el autor plantea para la presentación metodológica.

7.1 Identificación del diseño

Esta investigación se enmarca dentro de los estudios no experimentales, ya que la forma de llevar el proceso de recolección y análisis de la información así como los intereses propios de descripción del fenómeno, hace que no se cumplan los criterios para ser experimento (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

Así mismo al ser no experimental es importante mencionar que es de tipo transaccional /descriptivo. En el primer caso porque se realiza en un momento determinado en donde los grupos ya están constituidos naturalmente y no es necesario realizar seguimientos en el tiempo, ya que la recolección de información se hace en un corte específico 2015; en el segundo caso la investigación se centra en la descripción de comportamientos estadísticamente significativos en el grupo clínico y control, mediante las variables pertenecientes a EMTs, Estilos de afrontamiento e información demográfica.

7.2 Área de estudio

Popayán es la capital del departamento del Cauca Colombia, Tiene 277 540 habitantes, su altitud media es de 1760 m sobre el nivel del mar, dista aproximadamente 600 km de Bogotá. Es una de las ciudades más Antiguas y mejor conservadas de América, lo que se ve reflejado en su arquitectura y tradiciones religiosas.

Esta investigación se llevó a cabo en El Instituto de Formación “Toribio Maya” ubicado en la ciudad de Popayán, Cauca, administrado por la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos de Nuestra Señora de los Dolores, Provincia de San José. Ofrece atención y formación integral especializada para niños, niñas, adolescentes y jóvenes en medio institucional y social comunitario, a través de programas pedagógicos, reeducativos y terapéuticos, basados en los principios amigonianos, los derechos de la niñez, la adolescencia y las normas vigentes, con el fin de restituirles su dignidad.

7.2.1 Razón de la institución

Para el año 2016 el Instituto de Formación “Toribio Maya” será reconocido en el departamento del Cauca, como líder certificado en calidad, en los procesos de atención y formación integral para niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con perspectiva garantista del respeto por sus derechos a través de la aplicación de los principios del Carisma Amigoniano, Colaboradores formados en competencias, disposición y optimización de los recursos y la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.

7.3 Población

La población se ha focalizado en 500 adolescentes, que se encuentran reclusos en el Instituto Toribio Maya, y que en las entrevistas iniciales por parte de los profesionales de esta institución, fueron diagnosticados con trastorno por abuso de sustancias, El grupo control estuvo constituido por 55 adolescentes que cumplieron con los criterios de selección.

7.3.1 Criterios de selección para el grupo clínico

El adolescente haya sido diagnosticado dentro del Instituto Toribio Maya con trastorno por abuso de sustancias.

Que el adolescente se encuentre en remisión inicial. Es decir que aparte del deseo prevalente de consumo, se encuentra abstemio durante un mínimo de tres meses

Que se encuentre evolutivamente en la etapa de la adolescencia, puesto que en edades infantiles no es preciso la administración de los instrumentos

Que se encuentre en condiciones psicológicas (emocionales, cognitivas, conductuales) adecuadas para diligenciar los test y la encuesta

Se realizara la aplicación de los instrumentos, al adolescente que voluntariamente asistió a la capacitación sobre cómo responder adecuadamente a los ítems de los instrumentos, así como también el conocimiento sobre la investigación que se adelanta

No se aplicaran los instrumentos a los adolescentes que no pueden leer ni escribir, ya que la autoadministración requiere de esta aptitud básica

No se aplicaran los instrumentos a los adolescentes que no tienen diligenciados los consentimientos informados

Será excluido de la muestra el adolescente que ha sido diagnosticado con trastornos del desarrollo neurológico, espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Participaran en el estudio los adolescentes que hagan parte de los estratos 0, 1,2 puesto que los contextos y las dinámicas familiares varían, especialmente en cuanto a la exposición a la sustancia y la facilidad de obtención de las mismas

7.3.2 Criterios de selección para el grupo control

Se administro los instrumentos a personas que se encuentren cronologicamente en la adolescencia
Hicieron parte del estudio adolescentes que sen encuentren el los estratos 0,1,2. El estrato resulta importante puesto que la ubicacion geografica de la poblacion implica, niveles de exposicion a las sustancias, facilidad de adquisision de sustancias, y dinamicas familiares caracteristicas

Se selecciono a los adolescentes que hacen parte formal del Instituto Tecnico Industrial Don Bosco, de la ciudad de Popayan Cauca Colombia

Se adminstro los test a adolescentes que no consumen ningun tipo de sustancias psicoactivas incluyendo el alcohol

7.4 Población de estudio

Al tener en cuenta los criterios de selección, la población inicial se reduce a 300 sujetos, siendo estos últimos la población a la cual se puede generalizar los resultados de la investigación, la importancia del tamaño muestral radica en el área de estudio, puesto que el Instituto de Formación Toribio Maya es el principal centro de manejo al adolescente consumidor del departamento de cauca e integra población de todas las zonas de mismo

7.5 Muestra

Al calcular el tamaño de la muestra de los 300 sujetos clinicos que cumplieron con los criterios de seleccion es suficiente la muestra de 55 adolescentes. este numero fue determinado al comparar los resultados obtenidos por muestreo probabilistico aplicado a la poblacion de estudio, este tipo de muestreo asegura que todas las unidades de estudio pertenecientes a la muestra y tienen la misma probabilidad de ser elegidos

Para la el grupo control la muestra corresponde a 55 sujetos de estudio que cumplen estrictamente con los criterios de seleccion, fueron elegidos mediante muestreo no probabilistico y por conveniencia, correspondientes a adolescentes del instituto tecnico industrial Don Bosco, de la misma ciudad y departamento de donde se ecogio la muestra clinica. Los sujetos fueron elguidos por el investigador con el fin de establecer un grupo control que concidiera en aspectos fundamentales con la muestra clinica, para ello se tuvo en cuenta los criterios de seleccion nombrados anteriormente

7.6 Instrumentos

Para llevar a cabo el objetivo correspondiente a Identificar los esquemas mal adaptativos tempranos, presentes en la población de adolescentes diagnosticada con abuso de sustancias psicoactivas y el grupo control no consumidor. Se utilizó el Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2). Instrumento que es presentado por (Young, 1999) y validado en Colombia (Castrillón; et al 2005).

Este instrumento está realizado para una aplicación individual o colectiva, dura aproximadamente 50 minutos, el ámbito de aplicación se limita a adolescentes y adultos, la finalidad específica es la evaluación de los EMTs

Consta de 205 ítems y evalúa 16 esquemas los cuales son respondidos mediante una escala de calificación tipo Likert, de 1 hasta 6 con la siguiente valoración: completamente falso de mí (1), la mayor parte falso de mí (2), ligeramente más verdadero de mí que falso (3) moderadamente verdadero de mí (4), la mayor parte verdadero de mí (5) y me describe perfectamente (6). La distribución de los ítems se ha conformado de la siguiente manera.

Tabla 3:
Distribución de ítems

Esquemas	Preguntas
Deprivación emocional	1 hasta 9
Abandono / Inestabilidad	10 hasta 27
Desconfianza / Abuso	28 a 44
Aislamiento social	45 a 54
Vergüenza / Defectuosidad	55 a 69
Indeseabilidad social	70 a 78
Fracaso	79 a 87
Dependencia / Incompetencia	88 a 102
Vulnerabilidad al daño	103 a 116
Entrampamiento	117 a 127
Subyugación	128 a 137
Autosacrificio	138 a 154
Inhibición emocional	155 a 163
Estándares inflexibles	164 a 179
Egocentrismo / Grandiosidad	180 a 190
Autocontrol/Autodisciplina insuficientes	191 a 205

Distribución de ítems del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) (Castrillón et al 2005).

Otro instrumento que aporte al perfil cognitivo es el cuestionario de estilos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1980. Vitalino et al, 1985). Es una prueba auto administrada tipo Likert de 0 a 3 con la siguiente nominación: 0 en absoluto, 1 en alguna medida, 2 bastante y 3 en gran medida. La administración de la prueba dura aproximadamente 20 minutos, la cual se conforma por 42 ítems enfocada a evaluar los tipos frecuentes de respuestas, que utilizan los individuos ante situaciones de estrés, Flores (1993) la tradujo al español y tiene la siguiente distribución de los ítems

Tabla 4:
Distribución de ítems

Estilo de afrontamiento	Preguntas
Estilo centrado en solución de problemas (SP)	1,3,6,10,15,17,18,20,23,24,30,31,33,34,37
Estilo centrado en búsqueda de soporte social (SS)	4,13,14,21,27,29
Estilo Evitación (EV)	2,8,9,11,12,22,25,26,28,32
Estilo de Autoculpabilización (AC)	5,16,19
Estilo Fantasioso (FA)	7,35,36,38,39,40,41,42

Distribución de ítems del cuestionario de estilos de afrontamiento luego de la traducción al español (Florez 1993).

Por último, para la información demográfica indispensable en el estudio se implementó una encuesta estructurada, la cual tiene como variables la estructura de la familia, el estilo educativo, violencia familiar, abuso sexual, antecedentes familiares de consumo de SPA y antecedentes familiares de enfermedad mental. Cada variable cuenta con preguntas específicas y adecuadas para un análisis de tipo cuantitativo.

La violencia familiar fue discriminada en dos subvariables de análisis: violencia verbal y violencia física; la estructura de la familia se describió de la siguiente forma: biológica con ambos progenitores (BAP), Monoparental de jefatura femenina (MJF), monoparental de jefatura masculina (MJM), recompuesta por la figura femenina (RF), recompuesta por la figura masculina (RM), nuclear (NU) y extensa (EX); respecto a los estilos educativos se tuvieron en cuenta las siguientes subvariables: el estilo educativo democrático (DM), estilo autoritario (AU), estilo permisivo (PE) y el negligente (NE); para abuso sexual se tuvo en cuenta: exposición (EX), tocamiento (TCMTO) y acceso carnal violento (ACV); Por último en la variable de antecedentes de consumo en familiares cercanos, se realizó la discriminación acerca de la convivencia o no del familiar consumidor dentro del núcleo.

7.7 Procedimiento

Para llevar a cabo el primer objetivo que tiene que ver con la Delimitación de los adolescentes que se encuentren en la categoría de abusadores de SPA, se lleva a cabo la revisión de las historias clínicas realizadas por los psicólogos de la Instituto de formación Toribio Maya. Junto con los profesionales de la institución se hace una evaluación por cada caso sobre los criterios de selección obteniendo junto con psicología, trabajo social y educador, lo cual proporciona una evaluación interdisciplinaria confiable para la delimitación del grupo control, se realizó visita al Instituto Industrial Don Bosco de la ciudad de Popayán, se llevó a cabo en los grados de 7 hasta 11 una explicación sobre la responsabilidad que implica la participación en un estudio investigativo. Se expresaron los aspectos correspondientes al anonimato y confiabilidad, y se realizó junto con los directores de grupo la selección de una población de adolescentes voluntarios, se analizan cuidadosamente los criterios de selección y se escogen por conveniencia a 55 sujetos para la administración de los instrumentos de investigación.

En cuanto a las actividades encaminadas a conocer los estilos de afrontamiento, EMTs e Información Demográfica, se incluyó en los dos grupos, clínico y control, un proceso de una semana de sensibilización y preparación para la participación activa y consensuada de los sujetos en el estudio.

Se realizaron cuatro grupos de diez y uno de 15 adolescentes, con el fin de poder tener un mejor desempeño general en la administración de la entrevista semi estructurada, test de estilos de afrontamiento y el cuestionario YSQ L2. Estos se aplican en este orden ya que la entrevista permite hacer conciencia de la historia personal y familiar, para que posteriormente resulte más fácil asociar situaciones cruciales a respuestas de afrontamiento, o a características personales específicas las cuales necesitan de atención e introspección para poder desarrollarlas efectivamente.

Por último para comprender las relaciones en cuanto a la información demográfica, EMTs y estilos de afrontamiento en la población clínica y el grupo control, se contrastan los dos grupos en sus respectivas variables de análisis para el establecimiento de comportamientos estadísticamente significativos, que sean motivo de discusión y establecimiento de conclusiones que aporten conocimiento frente al tema en la región.

8. RESULTADOS

Para comenzar con el análisis de los datos recolectados, a continuación se describen distintos factores socio-demográficos relacionados con las estructuras y dinámicas familiares de los participantes. Según Iglesias et al. (2012) existe una íntima relación entre las familias desorganizadas y el consumo de SPA, por lo que es importante atender a la constelación de variables vinculadas con el ámbito familiar que pueden llegar a tener influencia en el comportamiento adictivo de sus miembros.

8.1 Características socio-demográficas

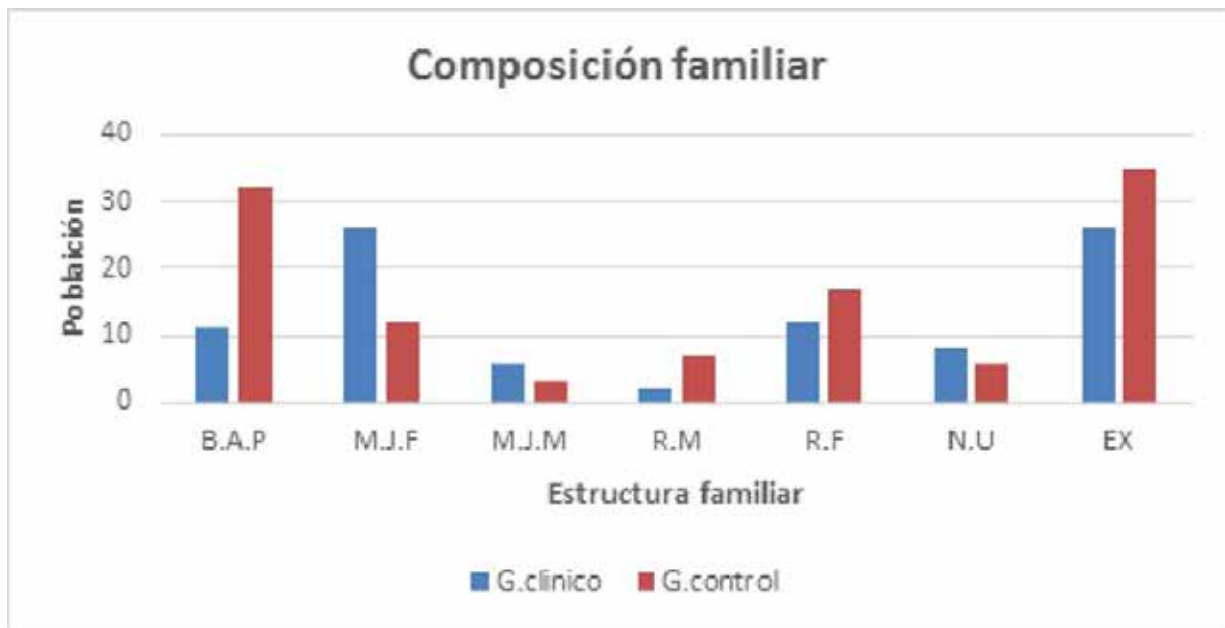


Figura 3: Estructura familiar en el grupo clínico y control

En cuanto a la estructura familiar o tipologías familiares de ambos grupos se pueden hacer diversas consideraciones. En primer lugar, se encontró que los adolescentes consumidores del centro de rehabilitación y el grupo control de no consumidores pertenecientes al Instituto Técnico Industrial Don Bosco son integrantes de familias extensas (EX) en un porcentaje de 63% para el grupo control y 47% para el grupo clínico.

Otra relevancia en la descripción estadística se observa al constatar que solo el 20 % de los adolescentes del grupo clínico posee familias biológicas constituidas por ambos padres (BAP), a diferencia del grupo control que en esta categoría de la variable se encuentra el 58,18% de los individuos. Esta situación permite comprender por qué la estructura familiar del grupo clínico tiende a constituirse de forma monoparental con jefatura femenina (M.J.F), lo cual es corroborado por un porcentaje considerable de 47,27% en relación al 21,82% evidenciado por el grupo control.

Las familias recompuestas por la figura femenina (RF) presentan mayor porcentaje que las que lo son por la figura masculina (RM), especialmente en el grupo control con un porcentaje de 30,91 % frente a un 21,82% de los casos en el grupo clínico. Asimismo, en ambos grupos puede observarse que son pocos los adolescentes que forman parte de estructuras familiares recompuestas por la figura masculina (RM) o monoparentales de jefatura Masculina (MJM), con porcentajes que no superan el 15% en sendas categorías.

Con relación a la estructura familiar se encontraron dos antecedentes importantes. Por un lado, Rees & Valenzuela (2003) afirman que no hay correspondencia significativa entre familias monoparentales femeninas o masculina y el consumo de sustancia. Por el otro, Iglesias et al. (2012) descubrieron que existe una correlación positiva entre esta patología y las familias desorganizadas o no intactas, y que los adolescentes que viven en hogares monoparentales o con padrastros tienen mayor probabilidad del uso de sustancias de forma disfuncional.

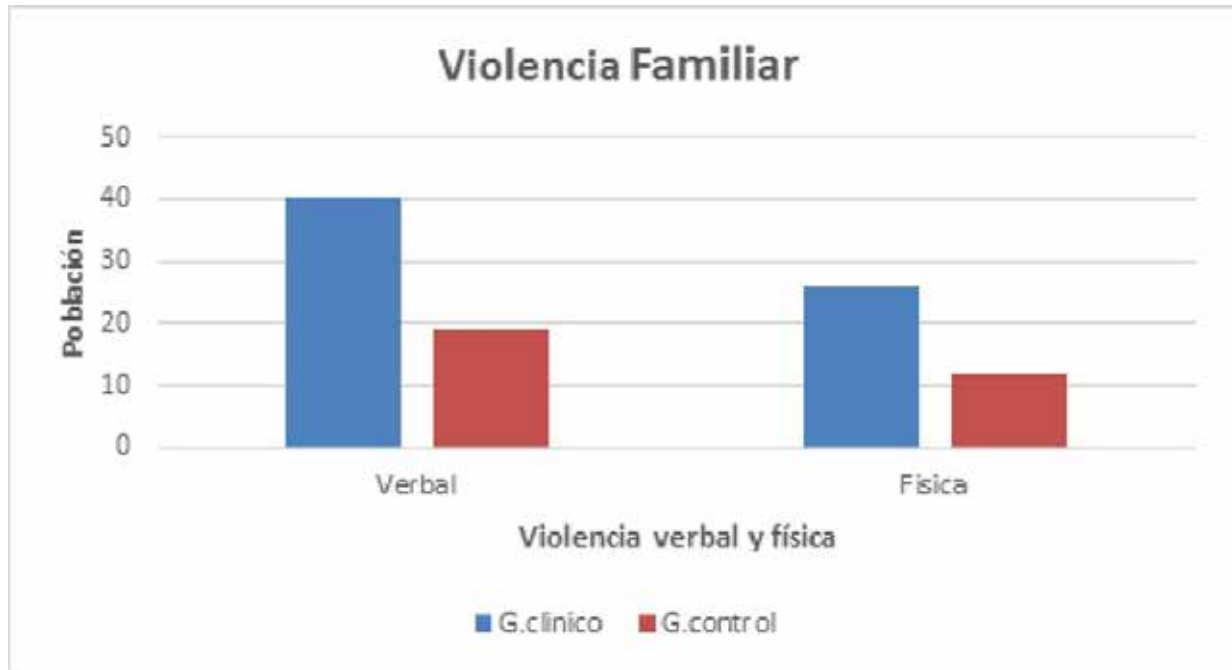


Figura 4: Violencia verbal y física en el grupo clínico y control

Dentro de la variable violencia familiar, en ambos grupos se notó que un mayor número de adolescentes del grupo clínico han experimentado situaciones que se encuentran dentro de la violencia verbal y física, alcanzando porcentajes de 72,73% y 47,27% respectivamente. A diferencia de los resultados del grupo control, solo el 34, 55% acusó haber sido víctima de violencia verbal y el 21% de violencia física.

Los datos observados en la variable violencia familiar corroboran lo encontrado en investigaciones realizadas por Falke (1998), Hoffmann & Su (1998), Medina, Saldivar, Rojas & Villatoro (1998), Becerra (2008), Del Río & Mestre (2013). En todas ellas se encuentra correlación positiva de las familias de los adictos con estilos de crianza demasiado autoritarios o permisivos, conductas violentas, baja empatía, intolerancia, incomprensión, falta de apoyo y relaciones hostiles.

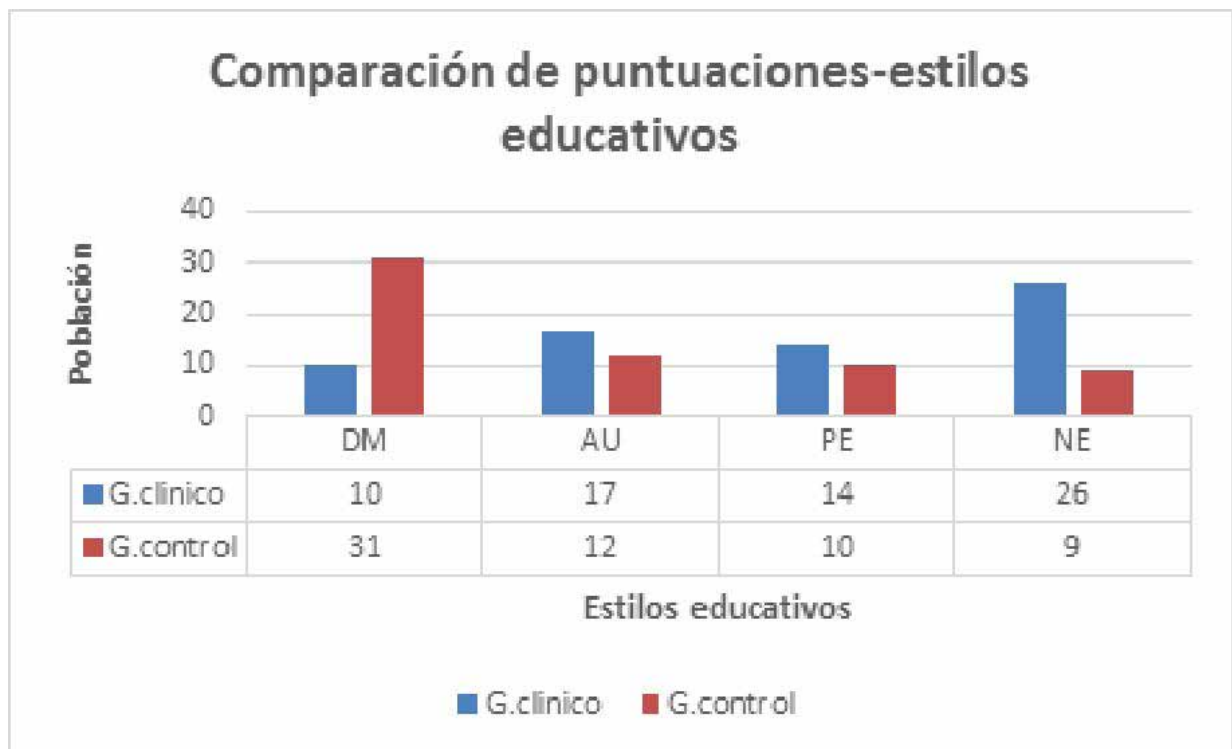


Figura 5: Estilo educativo en el grupo clínico y control

En cuanto a la variable de estilos educativo para las dos muestras, se puede observar que el estilo democrático (DM) es el que prevalece en el grupo control, en tanto que en el grupo clínico ello ocurre con el estilo negligente (NE). Si se analizan los resultados encontrados para la categoría DM se puede verificar que el 75,60% de los casos son del grupo control, lo que marca una amplia diferencia respecto al grupo clínico. Cabe decir que las familias que tienen este estilo educativo se caracterizan por tener progenitores o cuidadores que ejercen su rol de una forma democrática, participativa y basada en el común acuerdo para fomentar el aprendizaje.

Como se dijo, el grupo clínico obtuvo la puntuación más alta en el estilo Negligente. Dentro de esta categoría, los adolescentes que se identifican con dicho estilo educativo representan el 74,28% frente a un 25,72% de adolescentes del grupo control. Lo anterior hace notar que la dinámica familiar en donde impera este estilo está caracterizada por padres que brindan poca atención a sus hijos, tienen poca empatía con ellos y, por este mismo, dificultades para establecer una relación contenedora.

La negligencia y el estilo autocrático como determinante en las frecuencias observadas en el grupo de consumidores ha sido un factor de riesgo reconocido en otras investigaciones. Parece ser que las relaciones familiares adversas, el poco apoyo entre los miembros y una escasez de contención emocional se convierten en un panorama reforzador para la utilización compulsiva de sustancias. (Falke, 1998; Hoffmann & Su, 1998; Medina; Saldivar; Rojas & Villatoro, 1998; Rees & Venezuela, 2003; Becerra 2008; Del Río & Mestre, 2013)

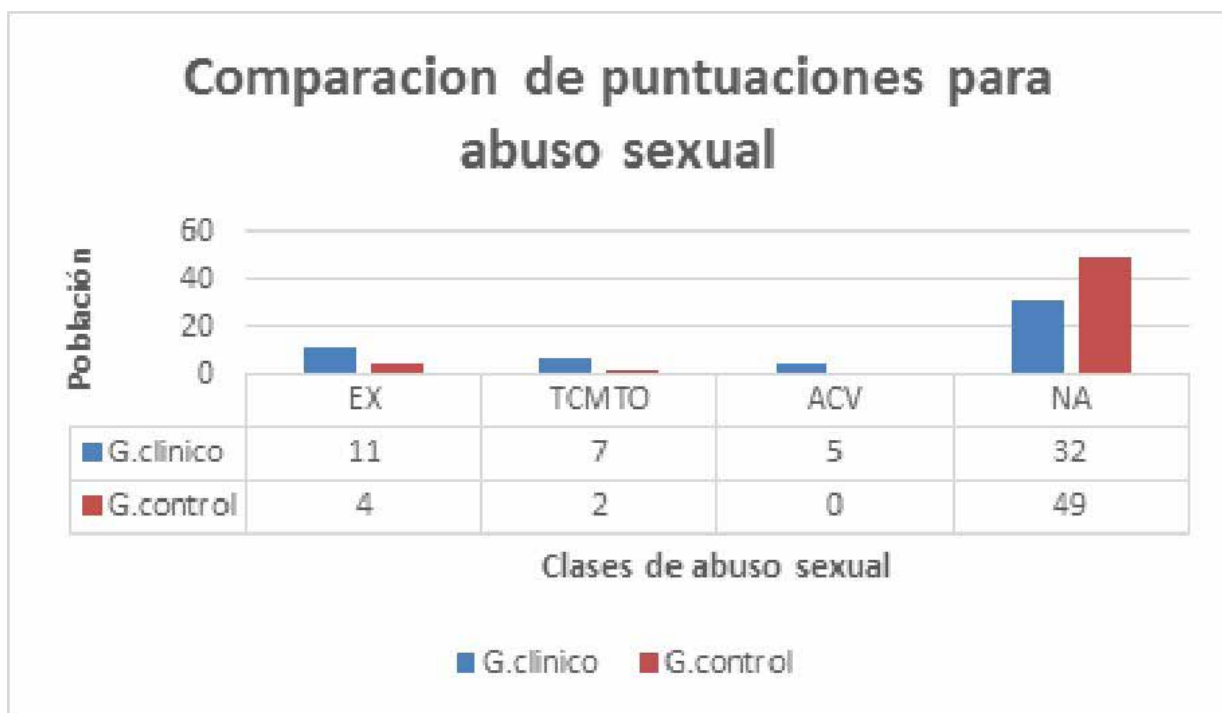


Figura 6. Relación de variables: Abuso Sexual en el grupo clínico y control

Como se observa en la figura 4 el 89% de los adolescentes encuestados del grupo control no presentan ningún antecedente de abuso sexual, el porcentaje disminuyo considerablemente en los miembros del grupo clínico en el cual 58% de la población no reconocen haber sido víctima, la diferencia entre las dos muestras de investigación indica que un porcentaje mayor del grupo de adolescentes consumidores presentaron durante su vida algún tipo de abuso sexual: exposición, tocamiento o acceso carnal violento.

Al discriminar las frecuencias de acuerdo a las tipologías de abuso sexual, exposición (EX) presento 20% y 7,27% para el grupo clínico y control respectivamente, tocamiento (TCMTO) 12,73% para el grupo clínico y 9,09 para el grupo control. Frente al acceso carnal violento (ACV) que representa la forma más invasiva y traumatizante del abuso sexual, el grupo control no presenta ningún caso, mientras en el grupo de adolescentes diagnosticados con trastorno por abuso de SPA se encontraron 5, lo cual debe ser tenido en cuenta como una condición alarmante que se presenta en los adolescentes consumidores del centro de rehabilitación. El abuso sexual y especialmente en etapas tempranas es una característica que ha sido reconocida como predisponente en los individuos con diferentes adicciones (Briere, Evans, Runtz, & Wall, 1988),

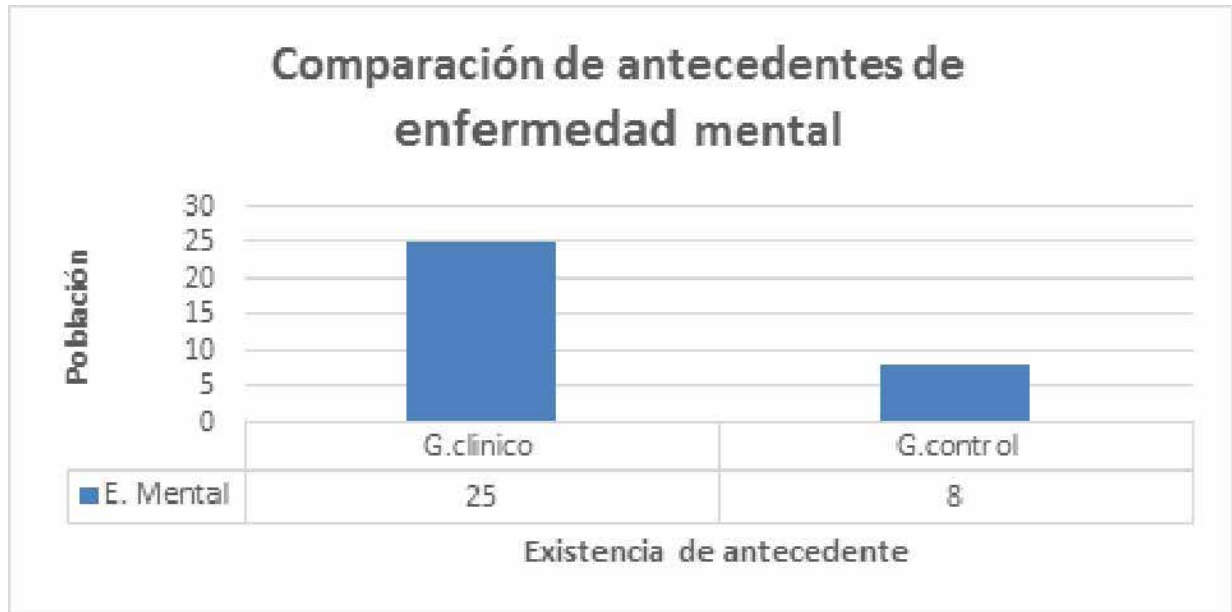


Figura 7. Relación de variables: antecedentes familiares de enfermedad mental en el grupo clínico y control

Los resultados encontrados en la investigación demostraron que los antecedentes de enfermedad mental en ambos grupos presentan diferencias significativas, expresado en un porcentaje para el grupo clínico de 45% y 14,55% para el grupo control, una diferencia de 30,91% entre ambos grupos. Teniendo en cuenta la variable correspondiente a enfermedad mental, es un porcentaje significativo en una muestra de 55 adolescentes, lo cual demuestra que el grupo de consumidores reconocen en mayor porcentaje la existencia de integrantes con enfermedades mentales que afectan las relaciones al interior del sistema, este factor se ha observado con frecuencia en consumidores de sustancias. (Medina; Saldivar; Rojas & Villatoro, 1998; Pradera, Far, Jerez, Moyá & Hermida 2012)

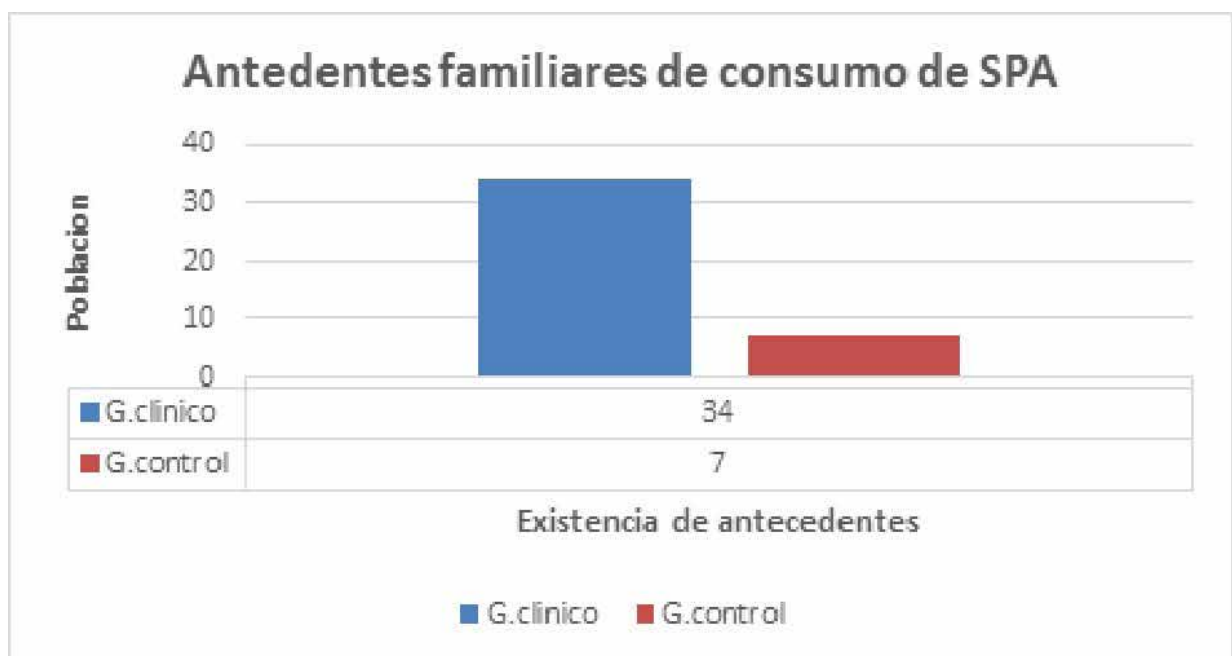


Figura 8. Relación de variables: violencia física en el grupo clínico y control

En esta variable se identificó que 58,18% de la muestra control, identifican consumo de sustancias en familiares cercanos, así como también lo reconoce el 83,63% de la población consumidora del Instituto de Formación Toribio Maya de la ciudad de Popayán. En los dos casos, la puntuación obtenida se encuentra por encima del 50%, lo cual vincula a las dos poblaciones con una prevalencia alta en cuanto a los antecedentes de consumo de SPA por miembros de la familia.

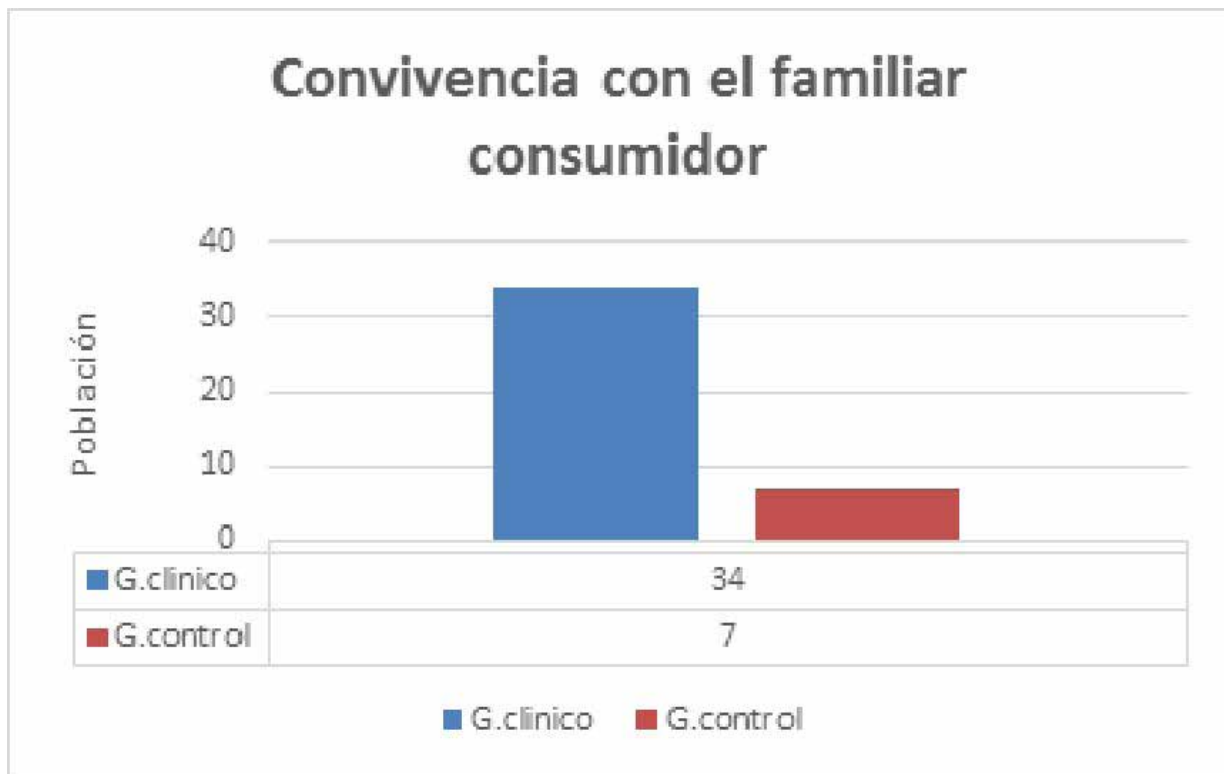


Figura 9. Relación de variables: familiares consumidores que conviven en el núcleo, grupo clínico y control

En cuanto a miembros consumidores que viven dentro del núcleo familiar, la diferencia estadística fue significativa entre los dos grupos. De los 46 adolescentes que respondieron que existía consumo de SPA de una o varias figuras familiares, el 73.91% de los adolescentes consumidores constato que estas vivian en el núcleo familiar, en contraste con el grupo control en el cual de los 32 que relacionaron consumo de las figuras familiares, solo el 21, 87% informo que conviven con el familiar consumidor.

Lo anterior se convierte en una diferencia estadísticamente importante, ya que aunque es alto el porcentaje de antecedente de consumo familiar para ambas poblaciones, la diferencia crucial se encuentra en la convivencia de los consumidores dentro del núcleo familiar al cual pertenece el adolescente.

8.2 Esquemas mal adaptativos tempranos

A continuación se describen los promedios para cada uno de los EMTs en valores porcentuales, de acuerdo al límite superior e inferior establecidos previamente por los creadores del YSQ L-2. En este sentido los esquemas que obtuvieron puntajes reales por encima del límite superior se consideran esquemas activados en el individuo, con una presencia significativa y por ende, con importante material emocional y cognitivo que direcciona el comportamiento.

Los esquemas que puntúan por debajo del límite inferior son considerados no activos, es decir, constituyen formas de pensar y sentir que no establecen influencias determinantes en el comportamiento del individuo. Dicho de otro modo, el comportamiento no estaría influenciado por la activación de forma patológica o disfuncional del esquema. Los EMTs que puntúan entre el límite inferior y el superior se consideran con una presencia adecuada o normal, estos no deben ser interpretados como disfuncionales o maladaptativos, ya que permiten un funcionamiento psicológico adecuado frente situaciones particulares que exigen del individuo conductas y comportamientos adaptativos.

Para efectos de la claridad en los resultados se presenta la tabla 4 que sintetiza las frecuencias del grupo control y del grupo clínico, lo cual se convierte en el insumo indispensable para realizar la discriminación en torno a la frecuencia por debajo del límite inferior y por encima del límite superior.

Tabla 5.
Frecuencias del grupo clínico y control

	% GRUPO CLINICO			% GRUPO CONTROL		
	Por debajo del LI	presencia adecuada	por encima LS	Por debajo del U	presencia adecuada	por encima LS
DE	0,00	12,73	87,27	1,82	50,91	40,00
AI	0,00	9,09	90,91	10,91	56,36	32,73
DA	0,00	14,35	85,43	7,27	63,64	29,09
AS	1,82	12,73	83,64	0,00	54,55	45,45
VD	7,27	34,35	36,36	5,45	56,36	38,18
IS	0,00	27,27	70,91	7,27	30,91	61,82
FR	1,82	32,73	67,27	5,45	43,64	50,91
DI	0,00	49,09	50,91	7,27	67,27	25,45
VDAÑO	5,45	18,18	76,36	5,45	23,64	70,91
E	18,18	38,18	43,64	7,27	54,55	38,18
S	5,45	60,00	34,55	14,55	47,27	38,18
A	18,18	65,43	16,36	5,45	30,91	63,64
IE	3,64	14,35	81,82	12,73	60,00	27,27
EI	36,36	47,27	12,73	14,55	27,27	58,18
EG	0,00	10,91	87,27	18,18	60,00	21,82
AA	1,82	20,00	78,18	23,64	61,82	14,55

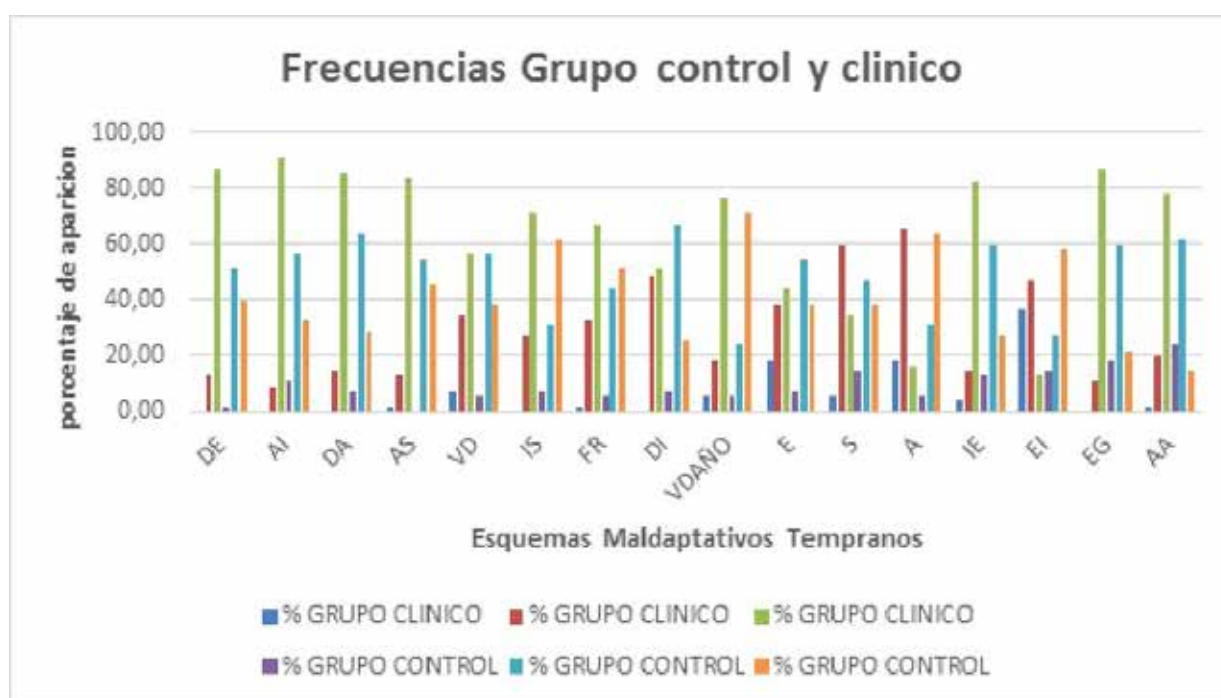


Figura 10. Representación de los promedios por debajo del Li, presencia adecuada y por encima del Ls, para el grupo clínico y el grupo control

Frente a los esquemas se notó diferencias significativas entre el grupo de adolescentes controles y los consumidores. En primer lugar Inestabilidad/abandono (IA) obtuvo 90,91% en el grupo clínico con relación a 32,73% presentado por el grupo control, el alto nivel de activación de este esquema influye en la un sesgo cognitivo, sobrevalorado y disfuncional frente a la previsión de abandono o falla de las figuras significativas y ha sido resaltado como constituyente del perfil cognitivo de los consumidores (Jalali et al 2011., Diaz et al, 2010 & Chorey et al, 2014).

En segundo lugar desconfianza abuso (DA), obtuvo 85,45% para el grupo clínico y 29,09% para el grupo control, este esquema también ha sido reconocido dentro de investigaciones como influyente en el perfil cognitivo de los adictos, (Alvarez et al, 2010.,Diaz et al, 2010., Batista, 2011& Shorey et al, 2014). Su influencia en las relaciones interpersonales se basa en demandas excesivas producto de la percepción y sospecha renuente de ser traicionado o engañado por las figuras significativas. Es esperable que esta característica psicológica presente una frecuencia alta en los adolescentes del centro de rehabilitación, ya que dentro de sus antecedentes existe una marcada tendencia a la violencia, el hurto y cualquier tipo de actividades delictivas, dinámica social que refuerza el esquema de hipervigilancia frente a la amenaza en las relaciones interpersonales.

Derecho/grandiosidad (EG), también se diferencia significativamente con relación a las frecuencias en ambos grupos, este esquema se encuentra en el dominio de límites insuficientes y esta conceptualizado por la formación de creencias de superioridad frente a los demás, que al ser fuertemente arraigadas impedirá que el individuo reconozca la adicción como debilidad personal, por lo cual tendera a evitar el tratamiento y cualquier actividad que vaya en busca de distanciamiento crítico y reflexión. En investigaciones frente al tema los hallazgos no son consistentes, por un lado se encontró alto nivel de activación de este esquema en consumidores de SPA (alvarez et al, 2010., Jalali et al, 2010., Diaz et al, 2010) a diferencia de la investigación llevada a cabo por Batista (2011) en la cual fue el esquema con más baja presencia en población con esta misma patología.

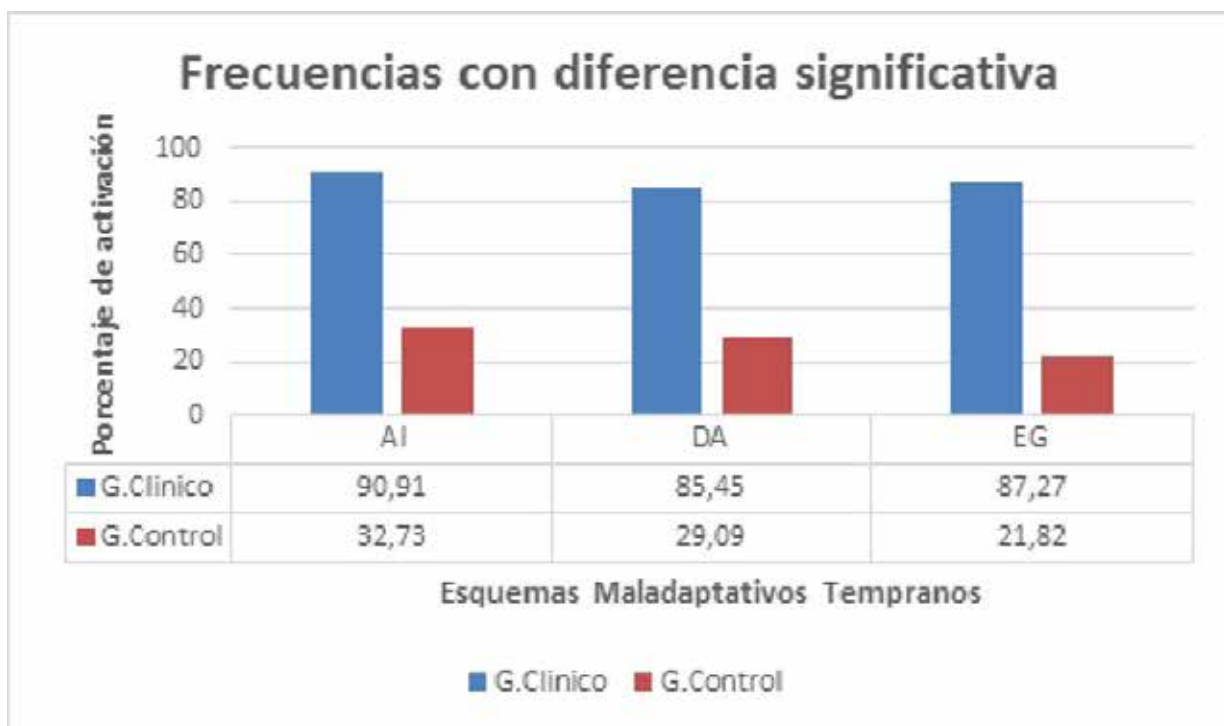


Figura 11. Frecuencias de esquemas activados con diferencia significativa entre el grupo control y clínico

Otros esquemas con activación considerable en el grupo clínico fueron *deprivación emocional* (Diaz et al, 2010), *Dependencia incompetencia* (Jalili et al, 2011) y aislamiento social, con diferencia promedio del 40% en relación a las frecuencia obtenidas en estos EMTs por el grupo control.

Para Aislamiento social, perteneciente a la dimensión de límites deteriorados que también se ubica en este grupo de frecuencias significativas, no se encontraron estudios que lo resalten como significativo frente a la dependencia de SPA. Para el caso particular de esta investigación, el esquema de aislamiento social activado es explicable desde un punto de vista psicosocial, ya que la muestra se conforma mayoritariamente en grupos marginados, en donde por fuerza de la identidad grupal, se refuerzan percepciones

de diferencia con el entorno social, lo cual limita la probabilidad de éxito y desarrollo en ámbitos más productivos que trascienda de las relaciones entre los pares (Bernal, 200).

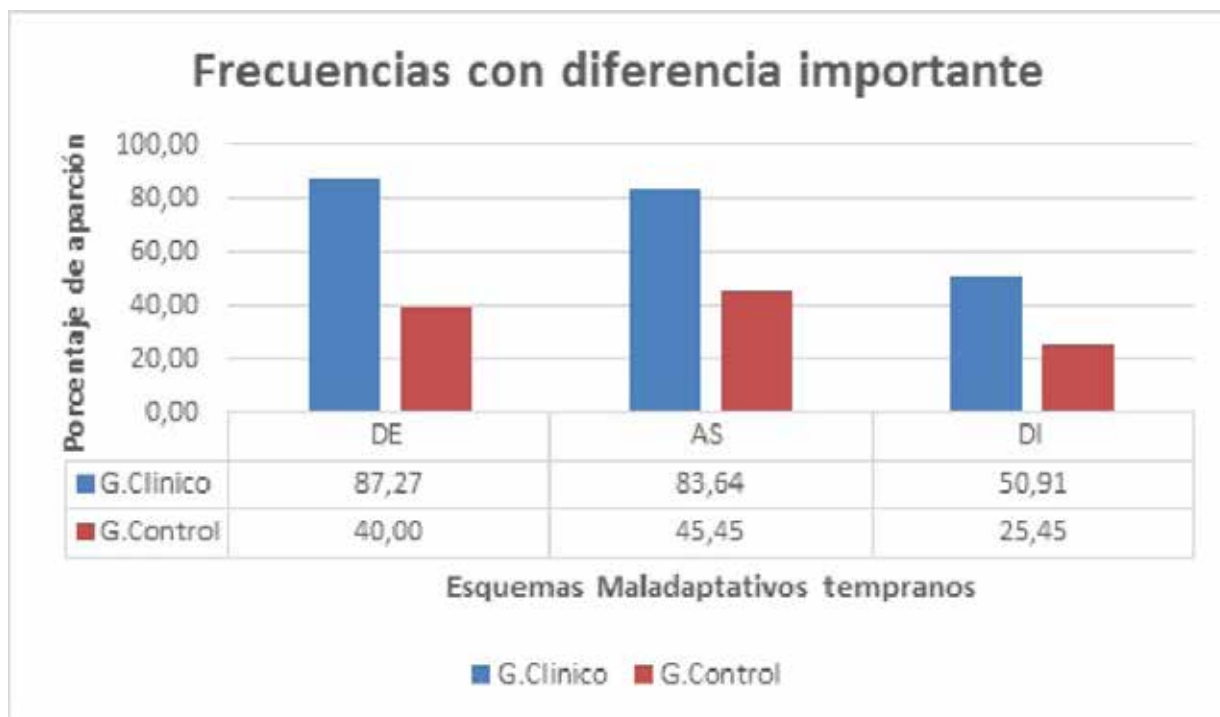


Figura 12. Frecuencias de esquemas activados con diferencia significativa entre el grupo control y clínico

Un hallazgo específico de esta investigación es la alta presencia de algunos esquemas en el grupo control, que a la vez se activaron con menos frecuencia en el grupo clínico, al respecto, *atutosacrificio* presenta la mayor diferencia de frecuencia en esquemas activados con un porcentaje de 63,64% y 16,36% para el grupo control y clínico respectivamente. El segundo esquema diferenciado corresponde a estándares inflexibles, el cual presentó 58,18% para el grupo control a diferencia de 12,73% mostrado por el grupo clínico. La presencia exacerbada de estos esquemas en el grupo control no presenta evidencia empírica que la respalde, por el contrario en otras investigaciones estos esquemas se encuentran con alta presencia pero en los grupos de consumidores (Díaz et al, 2010., Batista, 2011 & Choley et al, 2014).

Para comprender la presencia de estos esquemas en la muestra de no consumidores, se deja abierta en esta investigación la posibilidad de comprenderlos desde la resiliencia, ya que la población objeto de estudio comparte por su condición social aspectos de vulnerabilidad y/o marginalidad, pero con estructuras y dinámicas familiares diferenciadas que han sido reconocido como factores que promueven comportamientos productivos y adaptativos desde condiciones socialmente adversas (López, Rosales, Chávez, Byrne, & Cruz, 2009). Estos comportamientos resilientes equiparables a las características de los esquemas activados en el grupo no consumidor, han sido investigados sobre la base del autocontrol, autorregulación y atutosacrificio (García & Días, 2007), objetivos coherentes metódicos y planificados a largo plazo, perseverancia y alto nivel de exigencia (Grotberg, 1995; Savedra, 2003 & Páucar, 2010) así como también preocupación de estos adolescentes en situación vulnerable por el daño que puede llegar a causar la adquisición de una adicción a sus proyectos exigentes y necesidades imperantes de éxito (Núñez, Ríos, Gómez & Acuña, 2005)

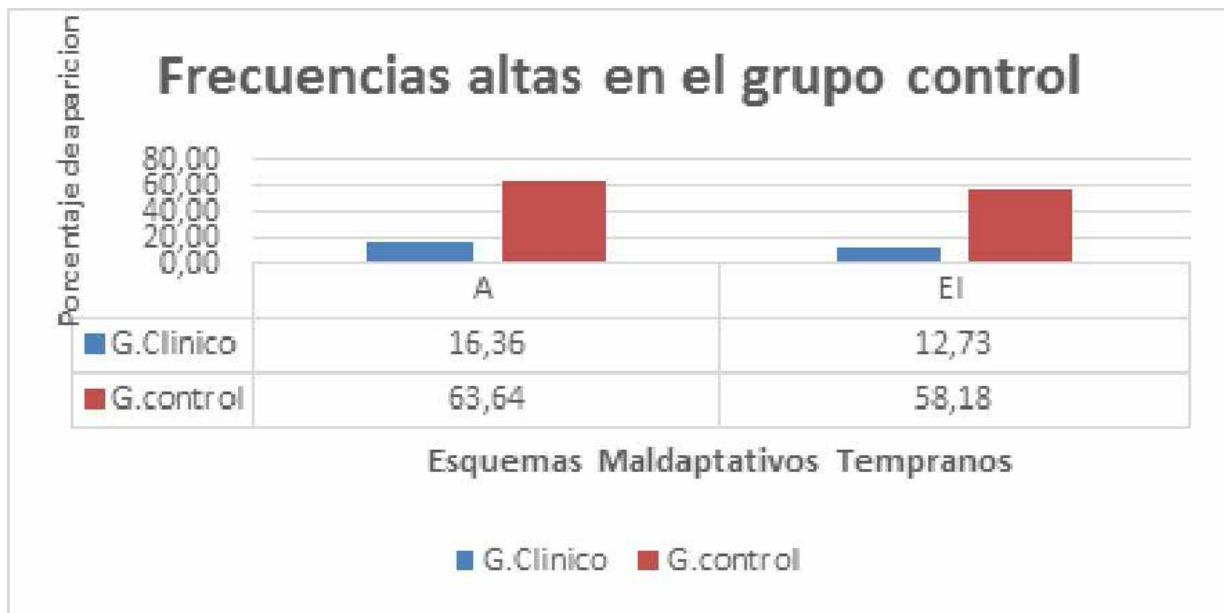


Figura 13. Frecuencias de esquemas activados de forma significativa en el grupo control

8.2.1 Prueba de bondad de ajuste Chi cuadrado (χ^2)

Para este estudio descriptivo correlacional, se utilizó la prueba de bondad y ajuste chi cuadrada (χ^2), ya que esta permite averiguar si existen diferencias estadísticamente significativas, entre la distribución observada (F_o) y la distribución esperada (F_e), en la cual la primera corresponde a las frecuencias del grupo clínico de adolescentes que presentan trastorno por abuso de SPA y la segunda a las del grupo control de no consumidores.

La prueba plantea dos hipótesis estadísticas:

1. la hipótesis nula (H_o)
2. la hipótesis alternativa (H_a)

Hipótesis estadísticas

H_o : No existen diferencias estadísticamente significativas entre los esquemas presentados por el grupo clínico y los observados en el grupo control.

H_a : Existe diferencias estadísticamente significativas entre los esquemas observados en el grupo clínico y el grupo control.

Al calcular la medida de resumen chi cuadrada arrojó 268.34, posteriormente al realizar el cálculo del chi cuadrada crítica el resultado fue 30.58. La diferencia entre estos dos valores a un nivel de confianza del 0,01%, permite concluir que no existe un buen ajuste de la distribución de las frecuencias observadas con la distribución de las frecuencias esperadas, es decir que la hipótesis de que F_o era igual a F_e se pudo rechazar y plantear que F_o es diferente de forma significativa de F_e .

Por lo anterior se rechaza la hipótesis nula, así como también al rebasar el valor crítico de chi cuadrada, se infiere que no se ajustan las frecuencias para ambos grupo y por tanto existen diferencias estadísticamente significativas entre las dos muestras frente a los EMTs.

Además de rechazar la hipótesis nula, es importante mencionar que la diferencia entre chi cuadrada y el valor crítico es significativa, lo cual concuerda con la descripción de la frecuencias en algunos esquemas específicos, en los que se evidencia marcadas diferencias de 40% y 80% entre los dos grupos que hicieron parte de la investigación.

Tabla 6.
Prueba de bondad de ajuste para EMTs

	totales	categorias	DE	AI	DA	AS	VD	IS	FR	DI	VDAR	E	S	A	E	B	EG	AA
		Valores observados	48	30	47	46	31	39	37	28	42	24	19	9	45	9	48	43
	55	valores esperados	34,05	27,86	24,77	38,70	32,51	52,63	43,34	21,67	60,37	32,51	32,51	34,18	23,22	49,53	18,58	12,38
X ²	268,34	$\sum \frac{(O-E)^2}{E}$	5,71		19,96	1,38	0,07	3,53	0,93	1,85	5,59	2,23	5,61	37,67	20,48	33,17	46,61	75,59
P-valor	30,58																	

Tabla 7.
Chi cuadrada critico

nivel de confianza	99,00%
alfa	1,00%
v= k-1	15
valor critico	30,58

8.3 Resultados de estilos de afrontamiento

A continuación se describen los resultados en los estilos de afrontamiento de acuerdo a valores relativos arrojados por ambas muestras, en esta variable se encuentran diferencias significativas que son representadas de forma sintética en gráficas de barras, así como también se presenta la tabla general de frecuencias activadas para el grupo clínico y el grupo control.

Posteriormente se rescatan los estilos que mostraron mayor presencia tanto en el grupo clínico como en el grupo de consumidores, esto con el fin de describir cuales son los estilos de afrontamiento que se encuentran más diferenciados en las dos muestras y que por ende hacen parte del perfil cognitivo que debe ser tenido en cuenta en población diagnosticada con trastorno por abuso de SPA.

Finalmente se describe los resultados de la prueba de bondad de ajuste, la cual corrobora diferencia significativa en los estilos que utilizan los adolescentes consumidores y no consumidores ante situaciones que se convierten en altamente exigentes y desbordantes de las capacidades individuales para hacerle frente (Lazarus & Folkman 1986).

Tabla 9.
Frecuencias agrupadas para grupo clínico el grupo control

	GRUPO CLINICO					GRUPO CONTROL				
	SP	SS	EV	AD	FA	SP	SS	EV	AD	FA
1	0.15	0.15	0.19	0.05	0.19	0.24	0.21	0.11	0.15	0.11
2	0.22	0.21	0.25	0.04	0.25	0.25	0.20	0.05	0.15	0.14
3	0.25	0.15	0.25	0.09	0.22	0.27	0.25	0.05	0.09	0.11
4	0.15	0.15	0.25	0.15	0.15	0.25	0.22	0.09	0.15	0.15
5	0.20	0.15	0.17	0.15	0.22	0.25	0.25	0.07	0.09	0.20
6	0.21	0.15	0.22	0.05	0.24	0.25	0.15	0.15	0.21	0.17
7	0.24	0.11	0.20	0.07	0.25	0.24	0.25	0.13	0.15	0.05
8	0.17	0.25	0.25	0.11	0.24	0.25	0.25	0.10	0.09	0.15
9	0.15	0.15	0.31	0.12	0.15	0.25	0.25	0.09	0.20	0.20
10	0.10	0.22	0.25	0.14	0.29	0.24	0.29	0.15	0.17	0.14
11	0.21	0.15	0.25	0.14	0.15	0.25	0.25	0.15	0.15	0.15
12	0.22	0.15	0.24	0.15	0.20	0.24	0.22	0.10	0.24	0.25
13	0.15	0.25	0.27	0.04	0.22	0.25	0.20	0.13	0.15	0.25
14	0.22	0.15	0.20	0.15	0.15	0.25	0.27	0.15	0.15	0.15
15	0.20	0.14	0.20	0.09	0.27	0.24	0.25	0.15	0.14	0.09
16	0.14	0.09	0.22	0.12	0.21	0.25	0.25	0.07	0.22	0.14
17	0.12	0.24	0.27	0.14	0.24	0.27	0.25	0.10	0.09	0.15
18	0.22	0.20	0.25	0.05	0.22	0.29	0.17	0.14	0.24	0.05
19	0.15	0.09	0.25	0.14	0.27	0.29	0.31	0.15	0.07	0.15
20	0.15	0.09	0.20	0.09	0.25	0.22	0.25	0.12	0.04	0.15
21	0.15	0.15	0.21	0.17	0.25	0.25	0.21	0.14	0.17	0.15
22	0.22	0.11	0.17	0.25	0.25	0.24	0.22	0.13	0.09	0.05
23	0.15	0.22	0.22	0.05	0.21	0.24	0.25	0.11	0.24	0.15
24	0.15	0.15	0.25	0.15	0.25	0.25	0.29	0.07	0.21	0.05
25	0.13	0.22	0.21	0.15	0.15	0.25	0.24	0.12	0.15	0.15
26	0.25	0.15	0.27	0.04	0.22	0.25	0.22	0.15	0.17	0.15
27	0.15	0.15	0.25	0.15	0.25	0.20	0.21	0.15	0.11	0.15
28	0.21	0.09	0.27	0.05	0.29	0.20	0.29	0.17	0.22	0.11
29	0.12	0.09	0.22	0.15	0.25	0.25	0.25	0.15	0.05	0.15
30	0.14	0.15	0.24	0.10	0.25	0.22	0.22	0.12	0.15	0.14
31	0.17	0.15	0.25	0.05	0.25	0.20	0.20	0.15	0.11	0.11
32	0.22	0.25	0.22	0.04	0.21	0.20	0.25	0.12	0.21	0.05
33	0.21	0.15	0.25	0.21	0.22	0.17	0.25	0.15	0.15	0.15
34	0.15	0.15	0.15	0.15	0.25	0.24	0.21	0.11	0.20	0.15
35	0.25	0.22	0.22	0.04	0.25	0.29	0.27	0.05	0.24	0.15
36	0.21	0.15	0.17	0.22	0.24	0.25	0.15	0.13	0.22	0.15
37	0.15	0.15	0.24	0.09	0.25	0.25	0.25	0.15	0.15	0.15
38	0.24	0.15	0.22	0.15	0.11	0.21	0.25	0.24	0.15	0.05
39	0.21	0.22	0.29	0.10	0.15	0.22	0.22	0.15	0.17	0.11
40	0.20	0.24	0.25	0.05	0.20	0.24	0.27	0.05	0.12	0.21
41	0.27	0.07	0.29	0.14	0.22	0.29	0.20	0.09	0.15	0.15
42	0.21	0.11	0.25	0.15	0.24	0.29	0.21	0.20	0.09	0.11
43	0.15	0.27	0.21	0.14	0.15	0.25	0.25	0.17	0.05	0.15
44	0.21	0.09	0.22	0.14	0.22	0.25	0.25	0.03	0.25	0.21
45	0.22	0.15	0.22	0.15	0.25	0.24	0.15	0.12	0.21	0.17
46	0.15	0.15	0.22	0.20	0.25	0.22	0.29	0.27	0.12	0.15
47	0.12	0.14	0.22	0.20	0.21	0.25	0.22	0.11	0.14	0.05
48	0.22	0.05	0.27	0.17	0.15	0.27	0.25	0.15	0.05	0.24
49	0.11	0.15	0.22	0.05	0.20	0.25	0.27	0.10	0.15	0.15
50	0.05	0.24	0.20	0.17	0.21	0.24	0.27	0.05	0.09	0.14
51	0.20	0.14	0.20	0.14	0.22	0.29	0.24	0.09	0.05	0.24
52	0.19	0.05	0.25	0.05	0.41	0.27	0.21	0.13	0.05	0.14
53	0.25	0.14	0.25	0.05	0.22	0.25	0.20	0.15	0.15	0.15
54	0.20	0.15	0.22	0.04	0.24	0.20	0.21	0.13	0.07	0.15
55	0.24	0.15	0.21	0.17	0.25	0.25	0.21	0.15	0.21	0.15
TOTAL	6.50	5.70	14.71	5.52	13.55	15.50	13.45	7.21	7.55	7.54

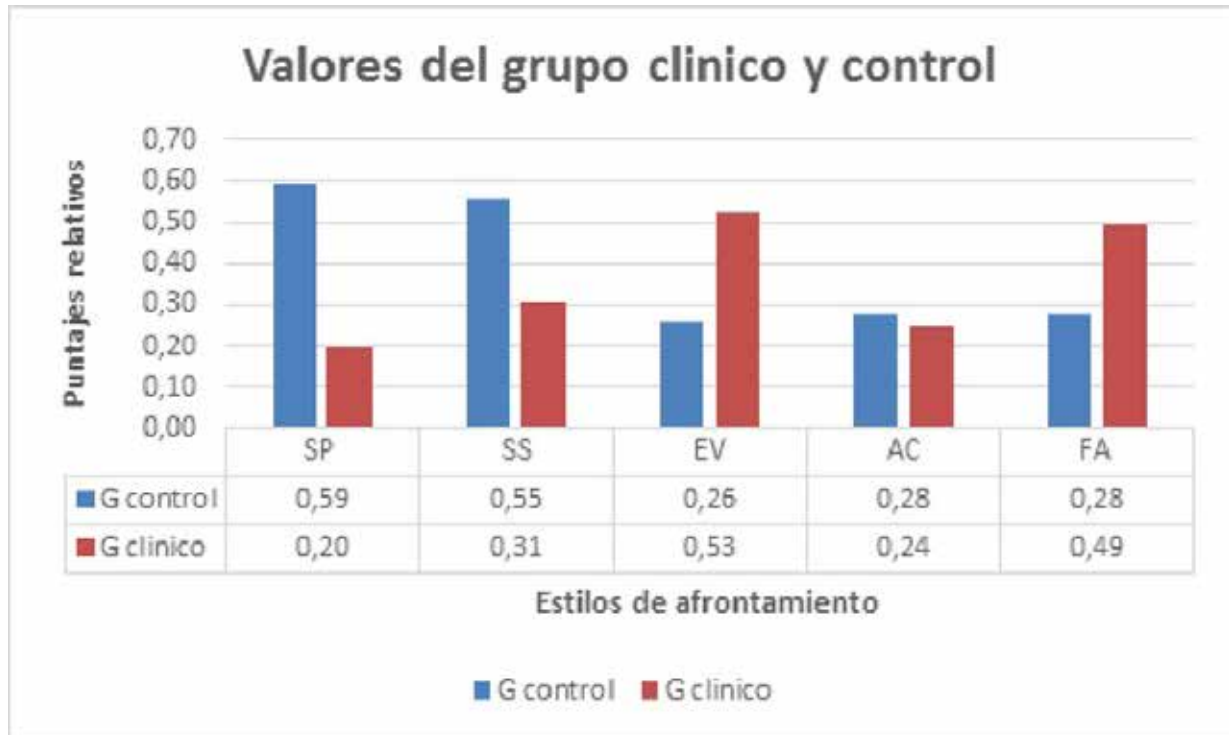


Figura 14. Promedios relativos en estilos de afrontamiento para el grupo clínico y el grupo control

Según la gráfica de promedios generales el estilo de afrontamiento más predominante en el grupo clínico es el evitativo (EV), presenta un porcentaje de 0,53%, con relación a 0,26% obtenido para el grupo control

Calafat et al (2000) reconoce que la cronificación del consumo se hace imperante por estrategias de escape o evitación. Aunque no se ha hecho hincapié en la disfuncionalidad de uno u otro estilo, existen alguna investigaciones que han demostrado que evadir las situaciones estresantes es una característica de la población adolescente que poseen bajo grado de bienestar, la elección de la distracción física e ignorar el problema se presenta como alternativa de escape prematuro y temporal al estrés interno o externo experimentado en situaciones exigentes (Frydenberg & Lewis, 1999, Casullo, et al. 2002).

El segundo estilo de afrontamiento que mostro diferencia significativa entre los adolescentes diagnosticadas con trastorno por abuso de SPA, es el corresponde a la utilización de la fantasía (FA) como medio para hacer frente a las exigencias psicológicas desbordantes. Al respecto el grupo de consumidores obtuvo un promedio de 0,49 % con relación a 0,28% obtenido por el grupo de no consumidores

Como ya se mencionó, aunque un estilo no es universalmente desadaptativo o adaptativo que otro, en términos generales solución de problemas y soporte social tienden a ser más funcionales que el estilo fantasioso, evitativo y de autculpa (Montoya, Figueroa, Miranda, & Ramírez, 2013). Frente a lo anterior se puede afirmar que evitar enfrentar el problema y culpabilizarse imperantemente por el mismo es una alternativa poco funcional de los adolescentes del Centro de Rehabilitación Toribio Maya, enfocada a disminuir la tensión psicológica y evitar la fatiga que causa centrar la atención en la búsqueda de soluciones reales frente al problema



Figura 15. Diferencias significativas en estilos de afrontamiento con valores más altos para el grupo control

Algo que destacar en los resultados son las frecuencias altas observadas en el grupo control y que contrastan con puntuaciones bajas para el grupo clínico. Al respecto en solución de problemas (SP) el grupo control y clínico, presentaron una frecuencia de 0,59% y 0,20% respectivamente, en condiciones parecidas el estilo de afrontamiento encaminado a la búsqueda de soporte social (SS) mostro una frecuencia de 0,51% para el grupo control y 0,31% para el grupo clínico

De lo anterior se puede resaltar que en los adolescentes no consumidores, prima el estilo centrado en la solución de problemas (SP), el cual ha sido reconocido como un factor protector, que se ha relacionado con un nivel positivo de bienestar así como también con más capacidad de abstinencia y menos consumo de SPA durante la rehabilitación (Halsted, Bennet, & Cunningham, 1993, phelps & Jarvis, 1994, Casullo, et al. 2002, Aleixandre & del Río, 2004, &Uribe & Ríos, 2012)

El segundo estilo de afrontamiento que presento una frecuencia alta fue (SS), La elección ante situaciones desbordantes de la búsqueda de soporte social y relación con los de más, ha sido considerada productiva en los adolescentes y ha mostrado relación positivamente con el nivel de bienestar (Barrón, Castilla, Casullo, & Verdú, 2002). Lo anterior permite afirmar que en los adolescentes no consumidores se establece una mayor utilización de las de las redes sociales productivas, como medio para fomentar la expresión, la comunicación, el contacto social y en muchas ocasiones la búsqueda de asistencia profesional oportuna ante situaciones críticas.

En este mismo sentido 0,31% de los adolescentes del grupo clínico, también se identifican con el estilo centrado en el soporte social, esto podría ligeramente significar que en este grupo prevalece una forma funcional de afrontar las situaciones demandantes tales como: la búsqueda de apoyo social, redes de contención emocional, utilización de servicios y asistencia a grupos potencializadores de la salud mental entre otros. Pero la pertenencia de los adolescentes consumidores en un 90% a pandillas o grupos en situaciones de alto riesgo, hace que se comprenda el apoyo social limitado a relaciones entre pares con factores de riesgo compartidos que en la mayoría de los casos refuerzan la conducta delincinencial y de consumo (Bernal 200).

8.3.1 Prueba de bondad de ajuste Chi cuadrado (X^2)

Con el objetivo de corroborar si existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento para ambas poblaciones, se utilizó la prueba de bondad y ajuste chi cuadrada (X^2). De

esta forma se logra demostrar si las frecuencias observadas (Fo) se ajustan o no a las frecuencias esperadas (Fe)

La prueba plantea dos hipótesis estadísticas:

1. la hipótesis nula (Ho)
2. la hipótesis alternativa (Ha)

Hipótesis estadísticas

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los estilos de afrontamiento presentados por el grupo clínico y los observados en el grupo control

Ha: Existe diferencias estadísticamente significativas de los estilos de afrontamiento observados en el grupo clínico y el grupo control

Al calcular la medida de resumen chi cuadrada arrojó 17,47, posteriormente al realizar el cálculo del chi cuadrada crítica el resultado fue 13,28. La diferencia entre estos dos valores a un nivel de confianza del 0,01% permite concluir que no existe un buen ajuste de la distribución de las frecuencias observadas con la distribución de las frecuencias esperadas, es decir que la hipótesis de que Fo es igual a Fe se pudo rechazar y plantear que Fe presenta una comportamiento estadísticamente diferente de Fo.

Por lo anterior se puede rechazar la hipótesis nula. El valor obtenido por chi cuadrada aplicado a los datos de ambos grupo supero al valor crítico de chi cuadrada, de esta forma se infiere que no se ajustan las frecuencias para ambos grupos, que por tal existen diferencias estadísticamente significativas entre las dos muestras, tal como lo muestran las frecuencias de algunos estilos de afrontamiento que fueron descritos con anterioridad.

Tabla 10.
Prueba de bondad de ajuste para estilos de afrontamiento

totales		categorias	DE	AI	DA	AS	VD	IS	FR	DI	VDAR	CE	S	A	IE	BI	ES	AA
		valores observados	48	30	47	46	31	39	37	28	41	24	19	9	45	9	48	43
	55	valores esperados	34,05	27,86	24,77	38,70	32,51	32,83	48,34	21,67	60,37	32,51	32,51	34,18	23,22	49,33	18,58	12,38
χ^2	268,34	$(Fo-Fe)^2/Fe$	3,71		19,96	1,38	0,07	3,33	0,93	1,83	3,99	2,23	3,61	37,67	20,43	33,17	46,61	73,69
P-valor	30,58																	

Tabla 11.
Chi cuadrada crítica

nivel de confianza	99,00%
alfa	1,00%
$v = k - 1$	15
valor critico	30,58

9. CONCLUSIONES

La aplicación del cuestionario YSQ-L2 en la muestra de la investigación permitió determinar la presencia significativa de esquemas activados en la población clínica tales como inestabilidad/abandono (90,91%), derecho/grandiosidad (87,27%), desconfianza/abuso (85,45), depravación emocional (87,27), aislamiento social (83,64) e inhibición emocional (81,8). De acuerdo a la bibliografía consultada, tales esquemas poseen con gran influencia en la personalidad, lo cual puede actuar como causante de vulnerabilidad para la adquisición de un trastorno por abuso de SPA, condicionar el desarrollo de los procesos de rehabilitación así como también ser un factor determinante en las recaídas en periodos muy cortos de tiempo.

Si se comparan estos resultados con los encontrados dentro del grupo control, los esquemas que se activaron con mayor frecuencia en estos adolescentes fueron vulnerabilidad al daño (70,91%), auto-sacrificio (63,64%) y estándares inflexibles (58,18%). La presencia de estos esquemas suele ser interpretada desde la teoría de la resiliencia (García & Días, 2007; Grotberg, 1995; Savedra, 2003; Páucar, 2010) como factores que promueven en las personas en situaciones vulnerables o de alto riesgo social un comportamiento adaptativo y funcional que en la mayoría de los casos impulsan a los individuos a alcanzar condiciones exitosas.

Es importante mencionar que los datos arrojados por la prueba de bondad de ajuste mostró que existe diferencia estadísticamente significativa entre los EMTs activados para el grupo control y los del grupo clínico. Se halló que 12 de los esquemas presentaron una activación alta en el grupo clínico en contraste con las puntuaciones altas del grupo control en solo 3 de los esquemas.

Puede afirmarse así que el perfil cognitivo de los adolescentes diagnosticados con trastorno por abuso de SPA se explica por un conjunto de esquemas y modelos de procesamiento específicos, información sesgada que regulan de forma patógena el procesamiento de la información (Semerari, 2002; Millón & Davis, 1998; & Beck, 2000) Al ser esquemas tan persistentes es posible atribuir a ellos las principales vulnerabilidades de los pacientes en rehabilitación, convirtiéndose así en importantes focos atencionales durante las intervenciones de carácter psicoterapéutico.

El carácter histórico y psicosocial de los EMTs obliga a pensar en factores especialmente familiares que intervienen en la instauración de los mismos. Las diferencias marcadas entre el grupo clínico y el grupo control respecto a los estilos de crianza, violencia familiar, abuso sexual, enfermedad mental o consumo de SPA en miembros de la familia sirven para hacer ostensible la mayor vulnerabilidad en la que se encuentran los adolescentes que pertenecen al primero de los grupos.

En este sentido, el estudio de la composición y dinámica familiares de los individuos se transforman en una evidencia empírica de gran confiabilidad para incoar un abordaje preventivo de las adicciones, en tanto constituyen factores contextuales que predisponen a la presencia del fenómeno. En este sentido, la presente investigación en consonancia con los resultados de los estudios presentados sobre el tema por Falke (1998); Hoffmann & Su (1998); Medina, Saldivar, Rojas, & Villatoro (1998); Rees & Valenzuela (2003); Pradera, Far, Jerez, Moyá & Hermida (2012).

Respecto a los estilos de afrontamiento se notó en primer lugar diferencia significativa entre las dos muestras, al respecto se puede decir que el grupo clínico se identificó con la elección de algunos estilos al enfrentarse a situaciones altamente estresantes, en segundo lugar los estilos que presentaron mayor puntuación para el grupo clínico han sido reconocidos por consenso empírico como menos funcionales y se han relacionado con la vulnerabilidad cognitiva frente al consumo de SPA como la fantasía y evitación.

En este sentido los adolescentes de la muestra clínica del Instituto De Formación Toribio Mayan se han identificado a diferencia de los no consumidores con formas poco adecuadas de afrontamiento, que evitan centrar la rehabilitación en la búsqueda de soluciones adecuadas a los problemas, impiden la introspección como factor necesario en la rehabilitación, limitan la expresión de sentimientos así como también interfiere en la conformación de una relación hostil y evasiva que tienden los adolescentes a establecer con el terapeuta.

Por último, las marcadas diferencias en todas las variables del estudio, (EMTs, Estilos de afrontamiento y factores demográficos) entre el grupo clínico y el control, demuestra que se puede tener en cuenta como antecedente importante sobre el perfil cognitivo de adolescentes en proceso de rehabilitación, lo cual respondería a la pregunta de investigación dejando claro que existieron esquemas que se acentuaron con gran nivel de activación, que se notan formas específicas de afrontar las situaciones adversas y que además los factores demográficos concuerdan con antecedentes reconocidos en otros estudios como factores de vulnerabilidad en la población consumidora de SPA.

10. RECOMENDACIONES

El equipo interdisciplinario del Instituto de formación Toribio Maya debe considerar la presencia de los perfiles encontrados en los adolescentes diagnosticados con trastorno por consumo de SPA con el fin de incluir en los protocolos atencionales tanto individuales como grupales la intervención sobre los esquemas y estilos de afrontamiento que se encuentran más activados en esta población.

El hallazgo de los dos esquemas con activación significativa en la población no consumidora *estándares inflexibles* y *autoculpa* es un antecedente que se puede tener en cuenta en posteriores investigaciones. Explorar sobre ellos es importante en la medida que sus características concuerdan con algunos factores que han sido reconocidos en las personas resilientes y que -aunque pueden intervenir de forma disfuncional-, en esta investigación se muestran como características inhibitorias o protectoras del consumo de SPA.

El centro de rehabilitación Toribio Maya en particular y en general todos los centros de rehabilitación, deben tener en cuenta la información que se desprende de las búsqueda de perfiles biopsicosociales en población consumidora con el fin de adelantar procesos masivos de prevención que impidan la acumulación de factores personales y familiares de vulnerabilidad, se promueva la psicoeducación como herramienta para la comprensión de los procesos psicológicos que intervienen en la instauración de una adicción y se potencien los factores protectores desde la realidad de los contextos familiares y comunitarios

Se recomienda así que el reconocimiento del perfil cognitivo del consumidor se tenga en cuenta por parte de los profesionales al momento de establecerse la relación terapéutica, ya que los esquemas activados, los estilos para el afrontamiento y la historia familiar explican aspectos constitutivos de la personalidad, los cuales al no ser reconocidos por el profesional podrían causar deterioro de una relación necesaria de acercamiento y empatía.

Por último, sería conveniente que durante todo el proceso de rehabilitación y especialmente en la prevención de las recaídas se tenga en cuenta la intervención sobre los estilos de afrontamiento y la evaluación de los esquemas mal adaptativos tempranos. La importancia de intervenir en estos factores constituyentes de identidad e influyentes en la personalidad es que debe redundar en periodos mucho más largos de abstinencia y rehabilitaciones más exitosas.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, A.(1994) *Psicología de la adolescencia*. España: Marcombo.
- Aleixandre, N & del Río, M. (2004). Las estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones: Revista de psicología de la adicción*, 16(4), 261-266.
- Aliño, J & Miyar, M. (2008). DSM-IV-TR: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- Álvarez, N., Bedoya, V & Arredondo, N. (2010). Perfil cognitivo en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (29), 1-24.
- Ashery, R., Robertson, B., & Kumpfer, K.(Eds.). (1998). *Drug abuse prevention through family interventions* (Vol. 177). DIANE Publishing.
- Baeza, J. (2008). Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. *Santiago de Chile: Universidad Católica Silva Enríquez*.
- Bakhshi, F & Nikmanesh, Z (2013). Role of Early Maladaptive Schemas on Addiction Potential in Youth. *High Risk Behav Addict*, 2(2), 75-76
- Barlett, F. (1990). *Pensamiento: un estudio de psicología experimental y social*. Madrid España: debate.
- Barrón, R., Castilla., Casullo., & Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-36
- Barry, C., Grafeman, S., Adler, K., & Pickard, J. (2007). The relations among narcissism, self-esteem, and delinquency in a sample of at-risk adolescents. *Journal of Adolescence*, 30(6), 933-942.
- Bautista, C. A. M. Esquemas Disfuncionales Tempranos en Consumidores de Sustancias Psicoactivas Internados en Comunidades Terapéuticas.
- Becerra, J. (2008). Variables familiares y drogodependencia: la influencia de los componentes de La emoción expresada. *Revista Psicología Científica*, 10(16). Extraído de: <http://www.psicologiacientifica.com/drogodependencia-familia-emocion-expresada>
- Beck, A & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. España: Paidós
- Beck, A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, EE.UU: University of Pennsylvania Press
- Beck, A., Wright, F., Newman, C & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias* (A. Rodríguez, Trad.). España: Paidós.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B & Emiry, E. (1982). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brower.(original de 1979)
- Beck, A. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I & Villanueva, V. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. *Barcelona: Socidrogalcohol*.
- Bernal, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención psicosocial*, 9(2),199-2015
- Briere, J., Evans, D., Runtz, M & Wall, T.(1988). Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 457-461
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., & Torres, M. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas
- Calvete, E; &Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *ADICCIONES*, 21(1), 49-56
- Cano, A; Tobal, J., Iruarrizaga, I & González, H. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología*, 2(2),145-156
- Capece, J. (2008).Terapia cognitiva con pacientes adictos. En S. Beringoltz & R. Levy (comps), *Terapia Cognitiva Del dicho al Hecho*.(pp.233-264). Polemos S.A.
- Carver, C & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195
- Cassaretto, M. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, 21(2), 363-392.
- Castrillón, A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marin, C & Schnitter, M. (2005). Validación del YongSchemaQuestionnaire Long Form: (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*,37(3), 541-560
- Casullo, M., Barrón, R., Castilla & Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368
- Chaney, E., Roszell, D & Cummings, C. (1982). Relapse in opiate addicts: A behavioral analysis. *Addictive Behaviors*, 7(3), 291-297

- Collins, W. (1995). Relationships and development: Family adaptation to individual change. En S. Shulman (Ed.), *Close relationships and socioemotional development* (pp. 128-154). Nueva York: Ablex.
- De Colombia, O. D. D. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Protección Social, ONUDC, CICAD, et al. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia, 2011. Extraído de: http://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf. Fecha de recuperación 08/04/15
- De Colombia, O. D. D. Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud, Ministerio de Protección Social, ONUDC, CICAD, et al. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. (2013). Extraído de: <https://www.unodc.org/documents/> Fecha de recuperación 08/04/15
- Del Río, F & Mestre, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del psicólogo*, 34(2), 144-149.
- Díaz, C., Arévalo, J., Angarita, E & Ruiz, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2), 362-374.
- D'Zurilla, T., & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107-126
- Ernani, L. (2004). Dependencia química. En P. Knapp, (comp.), *Terapia cognitivo conductual na psicopatología* (pp. 280-298). Sao Paulo: Artmed
- Escobar, P & Garcés, A. (2011). Estado del Arte de la Producción Investigativa y Publicada del Centro de Investigación y Atención al Farmacodependiente (CIAF) 1999-2010
- Falke, G. (1998). *Adolescencia familia y Drogadicción*. Buenos Aires: Atlante S.R.L
- Fernández, G., Palmero, F., Chóliz, M. & Martínez, F. (1997). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Fierro, A. (1997). *Estrés, afrontamiento y adaptación*. *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Frydenberg & Lewis, R. (1999). Things don't get better just because you're older: A case for facilitating reflection. *British Journal of Educational Psychology*, 69(1), 81-94.
- García, J. & Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Salud y drogas*, 7(2), 309-332.
- Griffiths, M. (2014). Early Maladaptive Schemas in Development of Addictive Disorders as Parts of the Complex Addiction Jigsaw. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 3(3), 746-763
- Guidano, F & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York, EE.UU: Guilford
- Halsted, M; Bennet, S. & Cunningham, W. (1993). Measuring Coping in Adolescents: An Application of the Ways of coping Checklist. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(3), 337-344
- Hernandez, S., Fernandez, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3a.ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Hoffmann, J. & Su, S. (1998). Parental substance use disorder, mediating variables and adolescent drug use: A non-recursive model. *Addiction*, 93(9), 1351-1364.
- Iglesias, Pradedá, U., Far, A., Jerez, M., Moyá, M & Hermida, J. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos?. Una revisión. *Adicciones: Revista de psicología*, 24(3), 258.
- Instituto Peruano de Psicología Conductual. IPSICOC (2010). *Modelos cognitivo conductuales y de esquemas para el tratamiento del desorden de abuso de sustancias*. Lima, Perú: autor.
- Irlés, D., Sánchez, J., Perona, V., & Burkhart, G. (2013). Prevención familiar del consumo de drogas en Europa: una revisión crítica de los programas contenidos en EDDRA. *Adicciones: Revista de psicología*, 25(3), 226-234.
- Jalali, M., Zargar, M., Salavati, M & Kakavand, A. (2011). Comparison of Early Maladaptive Schemas and Parenting Origins in Patients with Opioid Abuse and Non-Abusers. *Iranian journal of psychiatry*, 6(2), 54
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of adolescentHealth*, 12(8), 597-605
- Keegan, E. (2007). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, (3), 5-8
- Knapp, P., Ernani, L & Baldisserotto, B. (2001). Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. En R. Bernard, (Ed.). *Psicoterapias cognitivo comportamentais* (pp. 332-350). Sao Paulo: Artmed.
- Larson, R., Richards, M., Moneta, G., Holmbeck, G & Duckett, E. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, 32(4), 744-754

- Laursen, B & Collins, W.(1994). Interpersonal conflict during adolescence. *Psychological bulletin*, 115(2), 197-209
- Lazarus RS y Folkman S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. &Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. En Gentry, W.(Ed.). *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford.
- Lerma, H. (2001). *Metodología de la investigación: Propuesta, anteproyecto y proyecto*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Londoño, N. (2011). Validación de la Escala de Estilos y Estrategias de afrontamiento al estrés a una muestra Colombiana. *Informes Psicológicos*, 11(13).13-29
- López, M., Rosales, J., Chávez, M., Byrne, S & Cruz, J. (2009). Factores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial: el papel de la resiliencia del menor. *Psicothema*, 21(1), 90-96
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1978). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. Alcoholism & Drug Abuse Institute
- Marlatt, G & Gordon, J. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (eds.), *Behavioral medicine: Changing health life styles*, Nueva York, Brunner/Mazel.
- Marlatt, G & Gordon. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford
- Martinez, P & Morote, R. (2001). Preocupaciones de los adolescents en Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la PUCP*, 19(2),212-236
- Medina. M; Saldívar, G; Rojas, E & Villatoro, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud pública de México*, 40(3),221-233
- Merikangas, K., Dierker, L & Fenton, B. (1998). Familial factors and substance abuse: Implications for prevention. *NIDA Res Monogr*, 177, 12-41.
- Mesa, P. & Fuentes, J. (1996). Drogodependencias y adolescencia. Causas y consecuencias del abuso. En Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Pirámide
- Millon, T. & Davis, R. (1993). The millon adolescent personality inventory and the millon adolescent clinical inventory. *Journal of Counseling & Development*, 71(5), 570-574
- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Masson
- Millon, T. (1981). *Disorder of personality*. New York, USA: Wiley
- Monti, P., Abrams, D., Binkoff, J. & Zwick, W.(1986). Social skills training and substance abuse. En Trower, P., & Hollin, C (eds.), *Handbook of socials skillstraining*, Nueva York: Pergamon Press.
- Montoya, R., Figueroa, I., Miranda, J & Ramírez, L. (2013). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y salud*, 16(2), 139-147.
- Moscovici, S. (1976). *Social influence and social change* (Vol.10). London: Academic Press.
- Nahas, G. (1992) *Manual de toxicomanías*. España: Masson.
- Núñez, M., Ríos, M., Gómez, A & Acuña, D. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 17(4), 349-360.
- Ortega, G., Valz, H. & Lezama, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 4(1), 53-65.
- Panfichi, A.(1993). Juventud, tradición y trabajo. *Portocarrero, Gonza*.
- Peñaherrera, E. (1998). Comportamiento de riesgo adolescente: una aproximación psicosocial. *Revista de Psicología de la PUCP*, 16(2), 265-293
- Phelps, S & Jarvis, P.(1994). Coping in adolescence: Empirical evidence for theoretically based approach to esses sing doping. *Journal of youth and Adolescence*, 23(3), 350-371
- Piaget, J. (2000). *Biología y conocimiento*. Siglo Veintiuno.
- Prochaska, J. & Prochaska, J. (1993). Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas. En Casas, M & Gossop, M (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias*, Barcelona: Neurociencias, Citrán.FISP.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9),1102.
- Prochaska, J., Prochaska, M.(2001).porque no se mueven los planetas, porque no cambian las personas. *Trastornos adictivos*, 12 (1),17-33
- Rees, R & Valenzuela, A. (2003). Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(3), 173-186.
- Risk Hawkins, J ., Catalano, R & Miller, J. (1992). And protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1),64-72

- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 17(1), 59-74.
- Romero, F. & Palacio, J.(2009).Características de los estilos de afrontamiento en jóvenes estudiantes de secundaria. *Informes Psicológicos*, 11(13),65-87
- Rossi, P.(2008). *Las drogas y los adolescentes: lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. Madrid: Tebar.
- Segal, Z.(1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychologicalbulletin*, 103(2), 147-162
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Shorey, R., Anderson, S & Stuart, G.(2014).The relation between antisocial and borderline personality symptoms and early maladaptive schemas in a treatment seeking sample of male substance users. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 341-351.
- Shorey, R., Anderson, S & Stuart, G. (2012). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance use & misuse*, 47(1), 108-116.
- Stein, D & Young, J. (1992). *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego, EE.UU: Academicpress
- Steinberg, L.(1988).The ABCs of transformations in the family at adolescence: Changes in affect, behavior, and cognition. En E.M. Hetherington.,& R.D. Parke. (ed.), *Contemporary readings in child psychology*. Nueva York: McGraw Hill
- Uribe, P., & Ríos, R. (2012). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología*, 19(2), 211-236.
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R., & Becker, J. (1987). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate behavioral research*, 20(1), 3-26
- Wagner, E., Myers, & Ininch, J. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescentsubstance use. *Addictive Behaviors*, 24 (6), 769-779.
- Wills, T., McNamara, G., Vaccaro, D., & Hirky, A. (1996). Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of abnormal psychology*, 105(2), 166-183
- Wills,T. &Shiffman, S. (1985). *Coping and substance use: A conceptual framework*. EnShiffman, S; & Wills, T. (Ed),Coping and Substance Use, (pp. 3 24). San Diego, CA. Academic Press
- Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, EE.UU: professional Resource Press.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. (3 ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press
- Young, J & First, M. (1996). *Schema mode listing*. Nueva York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M.(2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. GuilfordPress.

12. ANEXOS

12.1 Cuestionario de esquemas

“INSTRUCCIONES: Encontrará aquí una serie de afirmaciones enumeradas que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor lea cada frase y decida qué tan bien le describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta más en lo que usted siente en lugar de lo que piensa que sea correcto. Elija el puntaje de 1 a 6 que mejor lo(a) describa, según la siguiente escala.

No.	Enunciado	Respuesta
1.	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	
2.	No he recibido amor y atención.	
3.	La mayor parte del tiempo, no he tenido a nadie que me brinde consejo y apoyo emocional.	
4.	La mayor parte del tiempo, no he tenido a nadie que me cuide, que comparta conmigo, o que se preocupe profundamente por todo lo que me pasa.	
5.	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	
6.	En general, las personas no han estado ahí para darme calidez, apoyo y afecto.	
7.	Por mucho tiempo de mi vida no he sentido que sea especial para nadie.	
8.	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	
9.	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	
10.	Me preocupa que las personas a quienes quiero mueran pronto, aun cuando existen muy pocas razones médicas que sustenten mi preocupación.	
11.	Me descubro a mí mismo(a) aferrándome a las personas de quienes estoy cerca, porque temo que me abandonen.	
12.	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	
13.	Siento que me falta una base estable de apoyo emocional.	
14.	No siento que las relaciones interpersonales importantes vayan a durar. Tengo la expectativa que ellas se acabarán.	
15.	Me siento adicto(a) a parejas que no pueden estar ahí para mí en forma comprometida.	
16.	Al final, estaré solo(a).	
17.	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	

18.	Algunas veces estoy tan preocupado(a) de que las personas vayan a abandonarme, que termino alejándolas.	
19.	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aun por un corto período de tiempo.	
20.	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	
21.	No me permito acercarme de verdad a otras personas, ya que no puedo estar seguro(a) de que estarán ahí para siempre.	
22.	Pareciera que las personas importantes en mi vida siempre están yendo y viniendo.	
23.	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	
24.	Las personas que han estado cerca de mí han sido muy impredecibles, unas veces están disponibles y cariñosas conmigo y al minuto están enojadas, molestas, peleando, etc.	
25.	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	
26.	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	
27.	No puedo ser yo mismo(a) o expresar lo que en realidad siento, porque las personas me abandonarán.	
28.	Siento que las personas se aprovecharán de mí.	
29.	Con frecuencia siento que tengo que protegerme de otras personas.	
30.	Siento que no puedo bajar la guardia en presencia de otras personas, porque de otra manera van a herirme intencionalmente.	
31.	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	
32.	Es sólo cuestión de tiempo antes de que alguien me traicione.	
33.	La mayoría de las personas sólo piensan en sí mismas.	
34.	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	
35.	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	
36.	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	
37.	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	
38.	Si pienso que alguien va a herirme, trato de hierirla(o) primero.	
39.	Normalmente las personas me tienen que demostrar mucho antes de que yo pueda confiar en ellas.	

40.	Les pongo "pruebas" a los demás para ver si me están diciendo la verdad y si son bien intencionados.	
41.	Me identifico con la creencia "controla o serás controlado".	
42.	Me enojo cuando pienso en las distintas formas en que he sido maltratado(a) por las otras personas a lo largo de mi vida.	
43.	A lo largo de mi vida, aquellas personas cercanas a mí se han aprovechado o me han usado para sus propósitos.	
44.	He sido abusado(a) sexual, emocional o físicamente por personas importantes en mi vida.	
45.	No encajo.	
46.	Soy fundamentalmente diferente de las otras personas.	
47.	No pertenezco; soy un solitario.	
48.	Me siento alejado de otras personas.	
49.	Me siento aislado y sólo(a).	
50.	Siempre me siento ajeno a los grupos.	
51.	Nadie en realidad me comprende.	
52.	Mi familia siempre fue diferente de las otras familias que nos rodeaban.	
53.	Algunas veces me siento como si fuera un extraterrestre.	
54.	Si desapareciera mañana, nadie lo notaría.	
55.	Ninguna persona a quien yo deseara podría amarme si viera mis defectos.	
56.	Nadie a quien yo quisiera desearía permanecer cerca de mí si conociera mi verdadero yo.	
57.	Yo soy inherentemente imperfecto y defectuoso.	
58.	No importa qué tanto lo intente, siento que no seré capaz de conseguir una persona significativa que me respete o que sienta que soy valioso.	
59.	No merezco el respeto, la atención y el amor de los demás.	
60.	Siento que no soy digno de ser amado.	
61.	Soy demasiado inaceptable en muchos aspectos básicos como para revelarme ante otras personas.	
62.	Si los demás se dieran cuenta de mis defectos básicos, no podría darles la cara.	
63.	Cuando le gusto a las personas, siento que las estoy engañando.	
64.	Con frecuencia me descubro a mí mismo atraído por personas muy críticas o que me rechazan.	

65.	Tengo secretos muy personales que no quiero que las personas cercanas a mí los descubran.	
66.	Es culpa mía que mis padres no pudieran amarme lo suficiente.	
67.	No permito que las personas conozcan mi verdadero yo.	
68.	Uno de mis mayores miedos es que mis defectos queden al descubierto.	
69.	No puedo entender cómo alguien podría amarme.	
70.	No soy sexualmente atractivo.	
71.	Soy demasiado gordo.	
72.	Soy feo.	
73.	No soy capaz de mantener una conversación normal.	
74.	Soy soso y aburrido en situaciones sociales.	
75.	Personas que considero valiosas no se relacionarían conmigo, por mi posición social (por ejemplo, ingresos, nivel educativo, carrera, entre otros).	
76.	Nunca sé qué decir en situaciones sociales.	
77.	Las personas no quieren incluirme en sus grupos.	
78.	Soy demasiado consciente de mí mismo cuando estoy con otras personas.	
79.	Casi nada de lo que hago en mi trabajo (o estudio) es tan bueno como lo pueden hacer otras personas.	
80.	Soy incompetente cuando de logros se trata.	
81.	La mayoría de las personas son más capaces que yo en las áreas de trabajo y logro.	
82.	Soy un fracaso.	
83.	No soy tan talentoso como la mayoría de personas en su trabajo.	
84.	No soy tan inteligente como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o estudio).	
85.	Estoy avergonzado por mis inadecuaciones y fracasos en la esfera del trabajo.	
86.	Con frecuencia me siento avergonzado cuando estoy con otras personas, ya que yo no estoy a su nivel en términos de logros.	
87.	Con frecuencia comparo mis logros con los de los demás y siento que ellos son mucho más exitosos.	
88.	No me siento capaz de valerme por mí mismo en la vida diaria.	
89.	Necesito que otras personas me ayuden a sostenerme.	

90.	No siento que pueda enfrentar bien la vida por mí mismo.	
91.	Creo que otras personas pueden ocuparse mejor de mí que lo que yo mismo lo hago.	
92.	Tengo problemas emprendiendo nuevas tareas, aparte de mi trabajo, a menos que tenga a alguien que me guíe.	
93.	Me veo a mi mismo como una persona dependiente cuando del funcionamiento de la vida diaria se trata.	
94.	Echo a perder todo lo que intento aún cosas por fuera del trabajo o la escuela.	
95.	Soy incapaz en la mayoría de los aspectos de mi vida.	
96.	Si confío en mi propio juicio en situaciones cotidianas, tomaré malas decisiones.	
97.	Me falta sentido común.	
98.	En las situaciones cotidianas, no se puede confiar en mi juicio.	
99.	No me siento seguro de mi habilidad para resolver problemas cotidianos cuando estos se presentan.	
100.	Siento que necesito a alguien en quien pueda confiar para darme consejo sobre los problemas prácticos.	
101.	Me siento más como un niño que como un adulto cuando se trata de las responsabilidades cotidianas.	
102.	Encuentro agobiantes las responsabilidades de la vida cotidiana.	
103.	No puedo escapar al sentimiento de que algo malo está a punto de pasar.	
104.	Siento que un desastre (natural, delictivo, financiero o médico) podría golpearme en cualquier momento.	
105.	Me preocupa volverme un indigente o vago.	
106.	Me preocupa ser atacado.	
107.	Siento que debo tener mucho cuidado con dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	
108.	Tomo grandes precauciones para evitar enfermarme o herirme.	
109.	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	
110.	Me preocupa estar desarrollando una enfermedad grave aún cuando nada serio haya sido diagnosticado por un médico.	
111.	Soy una persona temerosa.	
112.	Me preocupa mucho la cantidad de cosas malas que ocurren en el mundo: contaminación, crímenes, entre otros.	

113.	Con frecuencia siento que podría enloquecerme.	
114.	Con frecuencia siento que voy a tener un ataque de ansiedad.	
115.	Con frecuencia me preocupa llegar a tener un ataque al corazón, aún cuando hay muy poca evidencia médica para estarlo.	
116.	Siento que el mundo es un lugar peligroso.	
117.	No parezco haber sido capaz de separarme de mis padres del mismo modo que otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.	
118.	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	
119.	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	
120.	Mis padres y yo tenemos que hablarnos casi a diario o de otra manera alguno se sentirá culpable, lastimado, decepcionado o solo.	
121.	Con frecuencia siento que no tengo una identidad separada de mis padres o mi compañero(a.)	
122.	Con frecuencia siento como si mis padres estuvieran viviendo a través mío o que no tengo una vida propia.	
123.	Es muy difícil para mí tomar distancia de las personas con quienes intimo. Me da dificultad conservar un sentido de mí mismo separado de ellas.	
124.	Estoy tan involucrado con mis padres o compañero(a) que en realidad no se quien soy o que quiero.	
125.	Tengo dificultades en separar mi punto de vista u opinión de las de mis padres o compañero(a).	
126.	Con frecuencia siento que no tengo intimidad cuando se trata de mis padres o compañero(a).	
127.	Siento que mis padres se sienten o se sentirían muy lastimados y ofendidos si yo viviera solo por mis propios medios, lejos de ellos.	
128.	Permito que otras personas hagan lo que quieran, porque temo las consecuencias.	
129.	Pienso que si hago lo que quiero, sólo estaría buscando problemas.	
130.	Siento que no tengo otra opción que rendirme a los deseos de otras personas, o de otra manera ellos se vengarán o me rechazarán de alguna forma.	
131.	En relaciones interpersonales, yo dejo que la otra persona tome la delantera.	
132.	Siempre he permitido que otros tomen decisiones por mí, de tal forma que en realidad no se lo que quiero para mí mismo.	
133.	Siento que las principales decisiones de mi vida no fueron mías realmente.	

134.	Me preocupa mucho complacer a otros, para que no me rechacen.	
135.	Me cuesta mucho trabajo exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	
136.	Recrimino a las personas de maneras sutiles en lugar de mostrar mi enojo.	
137.	Voy mucho más lejos que la mayoría de las personas para evitar confrontaciones.	
138.	Pongo las necesidades de los demás antes que las mías o de otra manera me siento culpable.	
139.	Me siento culpable cuando traiciono o decepciono a otras personas.	
140.	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	
141.	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	
142.	Podría soportarlo casi todo si amara a alguien.	
143.	Soy una buena persona porque pienso en los demás más que en mí mismo.	
144.	En el trabajo, soy el (la) que usualmente se ofrece voluntariamente a hacer tareas extras o dar tiempo extra.	
145.	No importa que tan ocupada(o) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	
146.	Puedo conformarme con muy poco, ya que mis necesidades son mínimas.	
147.	Solo soy feliz cuando los demás a mi alrededor están felices.	
148.	Estoy tan ocupada(o) haciendo cosas por las personas que me son importantes, que tengo muy poco tiempo para mí.	
149.	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	
150.	Estoy más cómodo(a) dando un regalo que recibéndolo.	
151.	Los demás me ven demasiado entregado a otros y no lo suficiente a mí mismo.	
152.	No importa cuánto de, nunca es suficiente.	
153.	Si hago lo que yo quiero, me siento muy incómodo(a).	
154.	Me es muy difícil pedir a otros ayuda cuando tengo necesidades.	
155.	Me preocupa perder el control de mis acciones	
156.	Me preocupa seriamente causarle daño físico o emocional a alguien, si mi enojo me hace perder el control.	
157.	Siento que tengo que controlar mis impulsos o emociones, o es probable que ocurra algo malo.	

158.	Hay mucha cantidad de ira y resentimiento creciendo al interior mío, y no soy capaz de expresarlo.	
159.	Estoy demasiado conciente de mostrar mis sentimientos positivos hacia los demás (mostrar consideración, afecto, que los demás me importan).	
160.	Encuentro embarazoso expresar mis sentimientos a los demás.	
161.	Encuentro difícil ser cálido y espontáneo.	
162.	Me controlo a mí mismo(a), tanto que los demás creen que yo no tengo emociones.	
163.	La gente me ve como reconcentrado emocionalmente (cerrado, hermético).	
164.	Tengo que ser el (la) mejor en lo que haga.	
165.	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	
166.	Tengo que parecer el (la), mejor, la mayor parte del tiempo.	
167.	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo suficientemente bueno.	
168.	Tengo tanto para hacer, que casi no tengo tiempo para relajarme.	
169.	Casi nada de lo que haga es lo suficientemente bueno; siempre puedo hacerlo mejor.	
170.	Tengo que cumplir con todas mis responsabilidades	
171	Siento que existe constante presión en cuanto a logro y llevar las cosas a cabo.	
172.	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo exijo mucho.	
173.	Mi salud está sufriendo porque ejerzo demasiada presión para hacer las cosas bien.	
174.	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad para alcanzar mis propios estándares.	
175.	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	
176.	No me permito desatenderme de los errores o tener excusas que los justifiquen.	
177.	Soy una persona muy competitiva.	
178.	Le doy un gran énfasis al dinero y al estatus.	
179.	En términos de mi ejecución, tengo que ser siempre el número uno.	
180.	Me cuesta aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de las demás personas.	
181.	A menudo me enojo y me irrito si no puedo conseguir lo que quiero.	

182.	Soy especial y o tendría por qué aceptar muchas de las restricciones que tienen las demás personas.	
183.	Odio sentirme restringido que se me impida hacer lo que quiero.	
184.	Siento que no tengo porqué seguir las reglas normales y otras convenciones que las personas tiene.	
185.	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es más especial que lo que ofrecen las otras personas.	
186.	Usualmente pongo mis necesidades por encima de las otras personas.	
187.	Con frecuencia estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para darle a la familia o a los amigos.	
188.	A menudo la gente me dice que soy controlador(a) de la manera como se hacen las cosas.	
189.	Me irrito mucho cuando las personas no hacen lo que les pido.	
190.	No puedo tolerar que otras personas me digan lo que tengo que hacer.	
191.	Tengo gran dificultad para convencerme de dejar de beber, de fumar, de comer en exceso u otros problemas de comportamiento.	
192.	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo(a) para completar tareas rutinarias o aburridas.	
193.	Con frecuencia me dejo llevar por mis impulsos y expreso emociones que me generan problemas o hieren a otras personas.	
194.	Si yo no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	
195.	Es para mí muy difícil sacrificar la satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	
196.	A menudo me pasa que una vez empiezo a sentirme enojado ya no puedo controlarlo.	
197.	Tiendo a hacer las cosas en exceso aún cuando sé que son malas para mí.	
198.	Me aburro fácilmente.	
199.	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	
200.	No me puedo controlar en nada por mucho tiempo.	
201.	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aún cuando sé que son por mi bien.	
202.	Pierdo mi paciencia a la menor ofensa.	
203.	Rara vez he sido capaz de cumplir lo que he dicho.	

204.	Casi nunca me privo de mostrarle a las personas cómo me siento en realidad, sin importar lo que me pueda costar.	
05.	Con frecuencia hago cosas impulsivamente y luego me arrepiento.	

12.2 Cuestionario de estilos de afrontamiento

Edad _____ Género: f m Fecha:

La intención de este cuestionario es la de evaluar los ítems en relación al cómo se siente, qué hace y qué piensa cuando afronta situaciones problemáticas que le pueden ocasionar estrés o ansiedad.

DENTRO DE LAS RESPUESTAS NO EXISTEN BUENAS O MALAS, simplemente piense como actúa usted en determinadas situaciones según como se afirma en cada pregunta.

Marque con una **X** el número que se ajuste de acuerdo con la siguiente clave:

0. En absoluto 1. En alguna medida. 2. Bastante 3. En gran medida

Piense detenidamente en la última vez en la que se enfrentó a una situación verdaderamente difícil y marque la categoría que expresa.

COMO USTED ACTUÓ SEGÚN SE AFIRMA EN LA PREGUNTA.				
1. Me concentre exclusivamente en pensar que sería lo más apropiado que debía hacer a continuación	0	1	2	3
2. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
3. Me propuse encontrar algo positivo que remediara la situación.	0	1	2	3
4. Hable con alguien para averiguar mas sobre la situación	0	1	2	3
5. Me critiqué me sermoneé a mi mismo	0	1	2	3
6. No intenté quemar de inmediato todos mis cartuchos, sino que deje alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
7. Confié en que ocurriera un milagro	0	1	2	3
8. Seguí adelante como si nada hubiese pasado	0	1	2	3
9. Intente guardar para mi mis sentimientos	0	1	2	3
10. Intente mirar las cosas por el lado bueno	0	1	2	3
11. Dormí más de lo habitual en mí	0	1	2	3
12. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema	0	1	2	3
13. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1	2	3
14. Busqué la ayuda de un profesional	0	1	2	3
15. Cambie, madure como persona	0	1	2	3

16. Me eché la culpa de lo ocurrido	0	1	2	3
17. Elaboré un plan de acción y lo seguí	0	1	2	3
18. Acepte la segunda mejor posibilidad de solución inferior a la ideal para mi	0	1	2	
19. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema	0	1	2	3
20. Salí de esa experiencia mejor de lo que entré	0	1	2	3
21. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	0	1	2	3
22. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas medicamentos	0	1	2	3
23. Intenté no actuar demasiado pronto, ni dejarme llevar por mi primer impulso	0	1	2	
24. Cambié algo para que las cosas salieran bien	0	1	2	
25. Evité estar con la gente en general	0	1	2	
26. Rehusé pensar en el problema por mucho tiempo	0	1	2	3
27. Consulte a algún pariente o amigo y respete su consejo	0	1	2	3
28. Oculte a los demás lo mal que estaban las cosas para mi	0	1	2	3
29. Le conté a alguien como me sentía	0	1	2	3
30. Me mantuve firme y peleé por lo que quería	0	1	2	3
31. Sabía lo que había que hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1	2	3
32. Me negué a creer lo que había ocurrido	0	1	2	3
33. Propuse un par de soluciones diferentes para ese problema	0	1	2	3
34. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en la toma de decisiones	0	1	2	3
35. Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar lo que me estaba ocurriendo	0	1	2	3
36. Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar la forma en que me estaba sintiendo	0	1	2	3
37. Cambié algo de mí, de tal forma que pudiera enfrentarme mejor a la situación	0	1	2	3
38. Soñé o imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
39. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1	2	3
40. Fantaseé o imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.	0	1	2	3
41. Deseé ser una persona más fuerte y optimista de lo que soy	0	1	2	3
42. Pensé cosas irreales o fantásticas (como ganarme la lotería) que me hicieran sentir mejor	0	1	2	3

12.3 Encuesta de características socio-demográficas

Encuesta de información demográfica

A continuación se realizan algunas preguntas, correspondientes a la conformación familiar, tipo de relación entre los miembros, y antecedentes relevantes

La información registrada es anónima y confidencial, por lo cual no se diligencia el nombre ni ningún dato específicos que lo relacione.

Marque con una (x) las personas con las cuales convivía en su entorno familiar

Mamá	Papá	Padrastra	Hermanos (as)	Madrastra	Abuela	Abuelo	Tíos (as)	Primos

Marque con una (x) la definición que mejor describa las relaciones de sus progenitores o cuidadores con usted

	Estilo de crianza	Marque
Figura representativa	Poco o nulo contacto afectivo con los hijos, irresponsabilidad en las necesidades, se nota un desinterés que se ve reflejado en el abandono, y desentendimiento de los cuidados y responsabilidades como figura parental	
	Establece una normatividad, rígida, castigadora, nunca realiza conocimientos, se debe hacer sus mandatos sin discusión alguna, de no ser así, culmina con castigos y conductas violentas, no da la posibilidad del dialogo para poder expresar las inconformidades	
	Promueve la comunicación abierta, brinda afecto y está pendiente de las necesidades, cuando tiene que manejar una norma busca razonar, explicar y llegar a acuerdos, brinda afecto, promueve las normas pero bajo el respeto hacia los miembros	
	Tolera los impulsos y los malos tratos de sus hijos, evidencia dificultad para colocar una norma y exigir que se cumpla, se torna muy condescendiente, y complaciente con lo que el hijo exige, tolera demasiado y se puede aprovechar de su benevolencia, es pasiva y flexible	

En su familia se presentaban situaciones de agresiones verbal, (malas palabras, gritos, desaprobaciones y humillaciones) Si _____ no _____

En su familia se presentaban situaciones de agresión física (ataques violentos)
Si _____ no _____

Ha sido expuesto a la observación de situaciones sexuales por una persona de al menos dos años mayor que usted si _____ no _____

Considera que ha sido tocado de manera sexualmente inapropiada por una persona de al menos dos años mayor que usted si _____ no _____

A tenido alguna experiencia donde haya sido víctima de acceso carnal viento

Si ___ no ___

En su familia uno o varios de sus miembros consumen de forma frecuente una sustancia psicoactiva (alcohol, marihuana, bazuco, heroína, bóxer, estasis, otras)

Si ___ no ___

En el caso afirmativo, indicar si el familiar consumidor vive en el núcleo familiar

Si ___ no ___

En su familia uno o varios miembros han presentado alguna enfermedad mental (esquizofrenia, depresión, ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos, ludopatía, demencia, enfermedad mental no diagnosticada, entre otras. Si ___ no ___

12.4 Consentimiento informado

En el margen de la constitución Nacional y de la ley, yo nombre: _____
_____ edad: _____ C.C: _____ Natural de _____ domicilio: en: _____

En calidad de representante legal del adolescente: _____

Edad _____ nacido en: _____ Hago constar que he recibido información con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico del profesional _____ ha invitado a mi hijo a participar., que actuó consecuentemente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Conozco de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una investigación con fines de tratamiento o diagnóstico personal e individual.

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

Hago constar así mismo que he sido informado(a) que los resultados de la investigación en la cual participa, podrán ser compartidos más ampliamente, por ejemplo, mediante publicaciones o conferencias, manteniendo siempre la confidencialidad. Que de esta participación se beneficiara el instituto de formación Toribio Maya y en general la comunidad que hace parte del mismo, ya que la presentación de los resultados ayudara al mejor abordaje del consumo de SPA.

Se me ha especificado con claridad el tiempo en el cual se debe participar presencialmente, los instrumentos que se responderán y el tiempo necesario para su diligenciamiento, soy consciente de que mi hijo tendrá que realizar esfuerzos de reflexión y concentración para que los resultados puedan ser lo más reales posible.

Profesional _____ título _____ TP _____

Firma del presentante _____

