

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLINICA
MENCION PSICOTERAPIA



TEMA:

RELACIÓN DE LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS, EL APEGO Y LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS INTERNOS EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE ADULTOS EN IMBABURA

Trabajo de Posgrado previo a la obtención del título de Magister en Psicología Clínica
mención Psicoterapia

AUTOR:

Julio César Jiménez Espinosa

TUTOR:

MSc. Patricio Roberto Arias Benavides

Ibarra, 2023

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mi esposa e hijas, quienes han sido un pilar fundamental para seguir adelante en mi formación académica ya que gracias a su confianza y apoyo a lo largo de este tiempo he llegado a estas instancias en mis estudios.

Agradecimientos

A la Universidad Técnica del Norte por la oportunidad de hacerme parte de su
comunidad académica.

A todos los docentes por transmitir sus conocimientos y experiencias, en especial a mi
Tutor de tesis el MSc. Patricio Arias, quien ha sabido guiarme a lo largo de esta
investigación.

A mi familia que en todo momento ha sabido compartir y apoyar mis metas
incondicionalmente.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

RESOLUCIÓN 173-SE-33-CACES 2020

26 de octubre del 2020

FACULTAD DE POSGRADO

Ibarra, 08 de diciembre 2022

Dr (a) Lucía Yépez
DECANO/A
FACULTAD DE POSTGRADO

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor(a) Decano(a):

Nos permitimos informar a usted que, revisado el Trabajo final de Grado “Relación de los Esquemas Disfuncionales Tempranos, el Apego y la Adicción a Sustancias Psicoactivas en los Internos en Comunidades Terapéuticas de Adultos en Imbabura” del maestrante Julio César Jiménez Espinosa, de la Maestría de Psicología Clínica, mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutor/a	Msc. Patricio Roberto Arias Benavides	
Asesor/a	Msc. Guillermo Ernesto Yáñez Morán	



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CÉDULA DE IDENTIDAD	1001932761
APELLIDOS Y NOMBRES	Jiménez Espinosa Julio César
DIRECCIÓN	Av. Río Chinchipe, Conjunto Campiña de los Ceibos II
EMAIL	jcjimeneze@yahoo.com
TELEFONO FIJO	TELEFONO MÓVIL: 0984993151
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	Relación de los Esquemas Disfuncionales Tempranos, el Apego y la Adicción a Sustancias Psicoactivas en los Internos en Comunidades Terapéuticas de Adultos en Imbabura
AUTOR (ES)	Julio César Jiménez Espinosa
FECHA:	1/12/2022
PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica Mención Psicoterapia
TITULO POR EL QUE OPTA	Magister en Psicología Clínica Mención Psicoterapia
DIRECTOR	MSc. Patricio Roberto Arias Benavides

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 09 días del mes de febrero del año 2023

EL AUTOR:

Firma



Nombre: Julio César Jiménez Espinosa

INDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Antecedentes	15
1.3 Objetivos de la investigación	22
1.3.1 Objetivo General	22
1.3.2 Objetivos específicos	23
1.3.3 Hipótesis	23
1.4 Justificación	24

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. ¿Qué es la Adicción?	27
2.1.1. Adicción a través de la historia	27
2.1.2. Problemática actual	28
2.1.3. Características de la adicción	29
2.1.4. El modelo biomédico	31
2.1.5. El modelo sociocultural	33
2.1.6. El modelo biopsicosocial	34
2.2. Terapia de Esquemas	36
2.2.1. Conceptos básicos	36
2.2.2. Orígenes y clasificación de los esquemas	37
2.2.3. Características de los esquemas disfuncionales tempranos	39
2.2.4. Descripción esquemas disfuncionales y sus dimensiones	40
2.2.5. Operaciones de los esquemas	42

2.2.6. Los modos de afrontamiento.....	42
2.2.7. Temperamento emocional.....	43
2.3. El Apego	45
2.3.1. Conceptos fundamentales	45
2.3.2. Tipos de apego	46
2.3.3. El apego en adultos	47
2.3.4. Estilos de apego y estrategias de regulación emocional	48
2.3.5. Análisis estadístico.....	49

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del grupo de estudio.....	51
3.2. Enfoque y tipo de investigación.....	51
3.3. Procedimiento	51
3.4. Técnicas de recolección	52

CAPITULO IV

4. Resultados.....	54
5. Discusión.....	73
6. Limitaciones	76
7. Conclusiones	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Anexo 2. Cuestionario ASSIST

Anexo 3. Cuestionario CAMIR- R

Anexo 4. Cuestionario CEY-VR

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Distribución socio demográfica de la muestra estudiada	55
Tabla 2	
Estadístico descriptivo consumo sustancias	57
Tabla 3	
Frecuencias de consumo sustancias.....	58
Tabla 4	
Estadístico descriptivo esquemas disfuncionales	59
Tabla 5	
Puntuación máxima por esquema	60
Tabla 6	
Estadísticos descriptivos dimensiones del apego	61
Tabla 7	
Confiabilidad test CAMIR-R	62
Tabla 8	
Confiabilidad test CEY-VR.....	62
Tabla 9	
Matriz de correlación esquemas disfuncionales y dimensiones del apego.....	64
Tabla 10	
Matriz correlaciones esquemas disfuncionales, dimensiones del apego y riesgo de consumo de sustancias.....	65
Tabla 11	
Medidas ajuste modelo predictivo	66
Tabla 12	
Diferencias consumo problemático y esquemas disfuncionales.....	66
Tabla 13	
Diferencias consumo problemático y dimensiones del apego.....	70
Tabla 14	
Comparación dimensiones del apego y esquemas disfuncionales.....	71



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO PROGRAMA DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLINICA
MENCION PSICOTERAPIA

RELACIÓN DE LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS, EL
APEGO Y LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS
INTERNOS EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE ADULTOS EN
IMBABURA

Autor: Julio César Jiménez Espinosa

Director: Patricio Roberto Arias Benavides

Año: 2022

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo general identificar la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos, el apego y la adicción a sustancias psicoactivas en los internos en comunidades terapéuticas de adultos en Imbabura. La metodología utilizada fue de un diseño de investigación tipo cuantitativo no experimental, transversal correlacional. La muestra seleccionada es no probabilística intencional, esta muestra está compuesta por 134 internos de las comunidades terapéuticas de adultos en Imbabura. Para la recolección de datos se utilizó el *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), el cuestionario de Esquemas de Young Versión Abreviada (CEY-VR), y el cuestionario de representaciones del apego versión reducida (CAMIR-R). Se obtuvo como resultado que los esquemas disfuncionales con los puntajes más significativos son el esquema de metas inalcanzables (M=17.0), el esquema de abandono /inestabilidad (M=16.6), el esquema de auto sacrificio (M=16.3). En cuanto a las dimensiones del apego los puntajes más significativos los obtuvo la dimensión de apego inseguro/preocupado (M=31.5). La correlación que presentan una fuerte evidencia son entre el apego preocupado con el esquema de abandono/inestabilidad (0.317) y con el esquema de vulnerabilidad al daño/enfermedad (0.299). La correlación del apego

evitativo con los esquemas de privación emocional (0.366), el esquema de desconfianza/abuso (0.342), el esquema de aislamiento (0.355), el esquema de dependencia incompetencia (0.289), el esquema de vulnerabilidad al daño/enfermedad (0.361), no se han encontrado correlaciones con datos significativos entre las dimensiones del apego, los esquemas disfuncionales y el consumo de sustancias. Finalmente, para la variable predictiva consumo problemático se determinó los siguientes esquemas disfuncionales como predictores estadísticamente significativos, el esquema de Insuficiente autocontrol ($Z = -2.04$, $p = 0.041$), el esquema disfuncional de Grandiosidad ($Z = 2.51$, $p = 0.012$) y el esquema disfuncional de desconfianza abuso ($Z = -2.05$, $p = 0.040$), en lo que respecta a las dimensiones de apego, los datos no resultaron estadísticamente significativos.

Palabras clave: Esquemas disfuncionales, Dimensiones del apego, consumo problemático.



ABSTRACT

The general objective of this work was to identify the relationship between early dysfunctional schemas, attachment and addiction to psychoactive substances in inmates in therapeutic communities for adults in Imbabura. The methodology used was a non-experimental, cross-correlational, quantitative research design. The selected sample is intentional non-probabilistic; this sample is composed of 134 inmates of the therapeutic communities for adults in Imbabura. For data collection, the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), the Young Scheme Questionnaire Short Version (CEY-VR), and the Attachment Representations Questionnaire Short Version (CAMIR-R) were used. It was obtained as a result that the dysfunctional schemas with the most significant scores are the unattainable goals scheme ($M=17.0$), the abandonment/instability scheme ($M=16.6$), the self-sacrifice scheme ($M=16.3$). Regarding the dimensions of attachment, the most significant scores were obtained by the dimension of insecure/worried attachment ($M=31.5$). The correlation that presents strong evidence is between the preoccupied attachment with the abandonment/instability scheme (0.317) and with the vulnerability to damage/illness scheme (0.299). The correlation of avoidant attachment with emotional deprivation schemas (0.366), mistrust/abuse schema (0.342), isolation schema (0.355), dependency-incompetence schema (0.289), vulnerability to harm/illness schema (0.361), no correlations have been found with significant data between the dimensions of attachment, dysfunctional schemas and substance use. Finally, for the predictive variable problematic consumption, the following dysfunctional schemas were determined as statistically significant predictors: The Insufficient self-control scheme ($Z= -2.04$, $p=0.041$), the Grandiosity dysfunctional scheme ($Z= 2.51$, $p=0.012$) and the dysfunctional mistrust abuse schema ($Z= -2.05$, $p=0.040$), regarding the dimensions of attachment, the data were not statistically significant.

Keywords: Dysfunctional schemas, Dimensions of attachment, problematic use

CAPITULO I

El Problema

1.1 *Planteamiento del Problema*

Las sustancias psicoactivas son las que poseen la capacidad de modificar la conducta, ya que actúan sobre los mecanismos cerebrales encargados de la regulación de las funciones del pensamiento, la motivación y el estado de ánimo. Por la enorme capacidad de la sustancia para generar dependencia en los sujetos que los usan y otros perjuicios a la salud, estas sustancias se encuentran bajo mecanismos de control y fiscalización para conseguir evitar su uso indebido (Paho, 2021).

Durante el último año, 275 millones de personas utilizaron drogas alrededor del mundo, tomando como referencia al Informe mundial sobre las drogas 2021 más de 36 millones sufrieron trastornos por consumo de drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC, 2021).

En el informe encontramos un incremento en el consumo de drogas, tomando como referencia al cannabis se señala un aumento alarmante de hasta cuatro veces en los últimos 24 años, aumentando significativamente el uso de esta droga durante la pandemia, datos obtenidos en encuestas aplicadas a 77 países. La reducción de la percepción del riesgo de daños de la utilización de drogas se lo relaciona con el aumento del consumo, en el Informe Mundial sobre Drogas 2021 se destaca la necesidad urgente de aminorar la brecha entre la realidad y la percepción del daño de las drogas con el fin de salvaguardar la salud de la población (UNODC, 2021).

El incremento de personas que consumen drogas llega al 22% en los periodos comprendidos entre los años 2010 y 2019, esto se puede explicar en parte por el aumento de la población mundial. Si tomamos en cuenta únicamente los cambios demográficos, una proyección sugiere un aumento del 11% en el total de personas a nivel mundial que consumen drogas para el 2030, según los últimos cálculos globales, aproximadamente el 5,5 % de la población de entre 15 y 64 años de edad consumió drogas por lo menos una vez el último año y 36,3 millones de personas al rededor del mundo es decir el 13% del total de consumidores padece trastornos por su consumo (UNODC, 2021). A nivel mundial, se calcula que más de 11 millones de personas consumen drogas por vía inyectada, la mitad de esta población padece Hepatitis C. Las drogas opioides se

presentan como la droga de mayor carga de morbilidad en el consumo de sustancias (UNODC, 2021).

No se ha podido determinar el impacto completo que la pandemia de COVID-19 ha tenido en el consumo de drogas, más los análisis muestran que el impacto social de la pandemia de COVID 19, ha generado una mayor pobreza, desigualdad y problemas de salud mental sobre todo en las poblaciones que antes de la pandemia ya estaban catalogadas como vulnerables lo que representa un factor que puede llevar a más personas al consumo de drogas (UNODC, 2021).

Tomando como referencia a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) desarrollada en el año 2014, se determina que en el Ecuador el consumo de drogas muestra una forma diferenciada de acuerdo al género, territorio y grupo etario, el consumo de alcohol y tabaco, dividido de acuerdo a edades, se concentra en un mayor porcentaje entre las personas de 20 y 59 años de edad. Los datos nos indican que el 41,3% de los sujetos que llevaron a cabo la encuesta consumen alcohol y el 31% tienen un consumo de tabaco. Por otra parte, el consumo entre las personas de rango de edad de 10 y 19 años de edad fue del 25,2 % de alcohol y el 28,4% de cigarrillo. El consumo tomando como referencia al género, muestra grandes diferencias, ya que dentro del grupo etario de entre 20 y 59 años de edad, los hombres tienen un consumo del 56.5% mientras que en las mujeres es de 25,4%.

En el Ecuador, los estudios enfocados al consumo de drogas y la mortalidad asociada en año 2015 muestran que se produjeron 8.693 fallecimientos relacionados en forma directa al consumo de sustancias, lo que en términos estadísticos representaría el 13,42% de la totalidad de fallecimientos a escala nacional. Para enfrentar a esta circunstancia problemática se necesita un abordaje multidisciplinario, integral, inmediato y sustentado en la evidencia científica (Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas 2017-2021, PPCD., 2017). La tasa de mortalidad por consumo de drogas llega a los 534 casos de fallecimientos por cada millón de habitantes. A su vez, con estos datos podemos dividir al total de fallecimientos en muertes relacionados directamente a consumo de drogas y muertes parcialmente atribuibles, donde estas últimas serían aproximaciones. De acuerdo a esto, de la totalidad de fallecimientos relacionados directamente al consumo en el año 2015, el 5,18% se relaciona a muertes directas, mientras que las muertes parcialmente atribuibles al consumo serían del 94,82%. Se concluye que el 72,94% de las muertes

están relacionadas con el consumo de tabaco, con el consumo de alcohol el 25,38% y el 1,68% con el consumo de otras sustancias (PPCD, 2017).

En lo referente al consumo de sustancias como son la cocaína, pasta base de cocaína, marihuana y la heroína, en el trabajo investigativo realizado a través de la encuesta de uso y consumo de drogas en el 2016, sobre una población de estudiantes de 9no EGB, 1ro y 3ro de bachillerato, se observa una dinámica de aglomeración territorial, también diferencias marcadas por género. En la actualidad, con base en los datos obtenidos de los estudios descritos, se ha determinado la problemática de las drogas como un fenómeno socioeconómico, que hace necesaria la intervención con un enfoque en derechos humanos y salud pública (PPCD, 2017).

Este fenómeno del consumo de drogas es tan complejo que se aborda desde distintos enfoques con argumentos jurídicos, morales represivos, económicos y sanitarios. Estamos frente a un proceso de construcción social que puede ser cambiado respondiendo a las distintas demandas participantes (Berger y Luckman, 1966).

Como nos lo señala en su trabajo investigativo Malacas (2015), el abuso de sustancias es una preocupación constante en la comunidad científica, ya que el nivel de morbilidad de los trastornos por consumo de sustancias es significativo y está en aumento en todos los países del mundo, afectando a los individuos sin importar su edad, sexo, nivel económico; situación por lo cual se torna importante reconocer cuales son los procesos cognitivos involucrados en los consumidores de sustancias psicoactivas para implementar intervenciones efectivas.

Entre los modelos terapéuticos actuales que se enfocan en problemáticas psicológicas así consideradas difíciles por sus recaídas o baja adición al tratamiento está el modelo denominado “Terapia Centrada en Esquemas”, (Young, 1999), en este modelo terapéutico se describe en detalle a los esquemas disfuncionales tempranos que presenta una persona, donde se podría encontrar el origen de una gran cantidad de trastornos psicológicos como el de la adicción, entonces determinar una relación entre estos esquemas y la conducta adictiva, nos permitirá estructurar planes terapéuticos integrales adecuados a nuestra realidad social (Malacas, 2015).

Otro enfoque relevante en las adicciones es el estilo de apego, el consumo de drogas podría tener relación directa con el estilo de apego que se desarrolló en la infancia. Bowlby (1982), nos indica que el apego es el vínculo afectivo que se desarrolla a partir de las experiencias tempranas que el sujeto tiene con sus figuras primarias de cuidado.

Se puede identificar diferentes estilos de apego, los estilos de apego evitativos, ansiosos, ambivalentes se establecen como un factor de riesgo, ya que las personas con estos estilos de apego cuando son expuestas a circunstancias estresantes, y por la falta de recursos a nivel afectivo presentan vulnerabilidad hacia el consumo de sustancias (Becoña, et al., 2014).

El consumo de drogas ha representado durante décadas una gran preocupación y lo sigue siendo a nivel mundial, a pesar de que han sido muchos los esfuerzos por intervenir en forma exitosa frente a esta problemática, no se puede afirmar que se haya logrado el éxito esperado, ya que los datos nos muestran un aumento constante en los consumidores de sustancias.

En el Ecuador no existen trabajos investigativos orientados a determinar la relación existente entre las adicciones, los esquemas disfuncionales tempranos y el apego. En este trabajo investigativo se ha buscado ahondar en el conocimiento de estas relaciones, como factores que explican el desarrollo de la adicción en nuestro contexto cultural y así generar planes de intervención efectivos, propios, adaptados a nuestra realidad.

1.2 Antecedentes

Uno de los primeros estudios que ha sido considerado para la presente investigación es el llevado a cabo por Gantiva et al. (2010), cuyo objetivo era identificar la relación entre el consumo excesivo de alcohol y los esquemas mal adaptativos tempranos en estudiantes universitarios. Para cumplir con este objetivo, los investigadores utilizaron un estudio cuantitativo no experimental que aplicaron a una muestra de 359 estudiantes pertenecientes a una universidad privada de la ciudad de Bogotá, Colombia. Para la evaluación empírica de este estudio se han aplicado las siguientes técnicas, el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT; OMS, 1989) y revisado por Babor et al. (2001). También se aplicó el cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2, por su sigla en inglés), Young (1990) y validado para Colombia por Castrillón et al. (2005). Una vez concluido el estudio, los investigadores han determinado que el consumo de alcohol está asociado con estilos cognitivos que tienen como característica la sobreestimación del daño, baja tolerancia a la frustración y una necesidad alta de aprobación social.

La siguiente investigación considerada para este trabajo es el desarrollado por Huerta et al. (2017), cuyo objetivo era analizar la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Lima, así mismo comparar las diferencias entre los esquemas disfuncionales tempranos y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, otro objetivo ha sido adaptar el cuestionario de esquemas cognitivos de Young, (YSQ-S3). Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el método cuantitativo no experimental transversal correlacional que aplico a una muestra de 510 estudiantes de ambos sexos en una universidad pública de Lima. Para llevar a cabo esta investigación se empleó la ficha de datos demográficos de Huerta et al. (2017). Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3), validado por Aloí et al. (2020), cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT, OMS (1989) y revisado por Babor et al. (2001). El resultado de este estudio es que en la muestra total se verifica una relación positiva y significativa entre los esquemas privación emocional, grandiosidad, insuficiente auto control y búsqueda de aprobación, existen más esquemas disfuncionales tempranos en hombres que en mujeres y presentan mayor consumo los universitarios que las universitarias.

Esra Albal y Semin buzlu (2021), realizaron un estudio que tenía como objetivo probar el efecto entre la gravedad de la adicción, los esquemas disfuncionales tempranos y qué rol juega entre estos factores la flexibilidad psicológica. Para alcanzar los objetivos propuestos usaron una población de 661 consumidores de opioides mayores de edad ingresados en una clínica especializada, para la recopilación de datos investigativos se utilizaron el Índice de perfil de adicción (ASI; McLellan et al., 1980), el Young Schema Scale Form3 (YSQ-3; Young, 2005), el Freiburg Self Inventory (Walach, et al., 2006), Acceptance and Action Form -2 (KEF-2; Hayes et al., 2004), de esta investigación se desprenden los siguientes resultados; la gravedad de la adicción es afectada directamente por la flexibilidad psicológica y los esquemas des adaptativos tempranos afectan la flexibilidad psicológica, por lo que afectan la gravedad de la adicción.

En el trabajo desarrollado por Jan Chodkiewicz , Ewa Gruszczyńska (2018), el objetivo planteado fue examinar si se consigue identificar un determinado perfil de esquema para la adicción al alcohol comparándolos con los perfiles de una muestra no clínica. Para la realización de este estudio se utilizó 108 sujetos adictos al alcohol distribuidos en 79 mujeres y 28 hombres, todos pacientes que iniciaban tratamiento de grupo estacionario modelo Minnesota, este estudio duro una semana, la muestra no

clínica se compuso de 1529 adultos de los cuales el 61 % eran mujeres, con edades entre los 18 a 85 años, se utilizó para medir los esquemas des adaptativos el test, YSQ-S3 (Young, 2005), este test proporciona una medida tipo Likert con 90 elementos relacionados con las experiencias presentes, pasadas y los esquemas en la vida cotidiana, el cuestionario muestra propiedades psicométricas satisfactorias aplicadas en diferentes culturas e idiomas (Shorey et al., 2015). Como resultado de este estudio se concluyó que existe una heterogeneidad mas no una especificidad de los perfiles de esquemas des adaptativos tempranos dentro de la muestra en estudio de persona adictas al alcohol.

Otro trabajo enfocado hacia la misma temática, pero con una visión general de la adicción en lo referente a la droga de impacto, es la investigación realizada años más tarde por Malacas (2015), cuyo objetivo de investigación fue determinar la prevalencia de esquemas disfuncionales tempranos (EDT) y de las dimensiones existentes en consumidores de sustancias psicoactivas que se encontraban en régimen de internos en las comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana, el otro objetivo era realizar el análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Esquemas de Young- versión reducida (YSQ-SF). Para el desarrollo de este estudio el investigador utilizo el método cuantitativo no experimental que aplicó a una muestra conformada por 176 hombres consumidores de sustancias psicoactivas, que se encuentran siguiendo un tratamiento residencial en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. Para llevar a cabo esta investigación se aplicó el cuestionario de esquemas de Young- versión reducida (Young Schema Questionare – Short Form: YSQ-SF; Pauwels et al., 2018). Como resultado de esta investigación se halló que los EDT de mayor prevalencia significativa en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas son: Enmarañamiento/Yo dependiente, Auto sacrificio. Existen diferencias significativas según el grado de instrucción, convivencia de pareja y edad, no existen diferencias significativas relacionadas al tiempo de internamiento, por último, el cuestionario de esquemas de Young – versión reducida (YSQ-SF; Pauwels et al., 2018), presenta propiedades psicométricas efectivas y aceptables para el grupo de estudio.

En la investigación sobre las adicciones consideradas como comportamentales tenemos el trabajo desarrollado por Shahla Ostovar et al. (2021), donde se ha planteado como objetivo de estudio el alcanzar una mejor comprensión entre los esquemas des adaptativos tempranos, el uso problemático de internet y la adicción a internet, para el desarrollo de este trabajo tuvo una muestra compuesta por 714 participantes dividida en 413 mujeres y 301 hombres de 19 provincias de Irán, los datos de investigación se

obtuvieron mediante la plataforma google forms. Se utilizó el Young Questionary Short Form (YSQ-SF; Pauwels et al., 2018)) que consta de 75 ítems y evalúa 15 sub escalas con 5 ítems por esquema desadaptativo temprano y la Escala de Adicción a internet (IAS, Samaha et al., 2018) donde se encuentran 20 ítems y cuatro sub escalas. La conclusión obtenida indica que existe una relación entre la adicción a internet y los esquemas desadaptativos tempranos y se respalda y amplía los supuestos desarrollados por Young et al. (2003), que a mayor fuerza de los esquemas desadaptativos tempranos crece la probabilidad de desarrollar una adicción a sustancias, a uso de internet o comportamientos obsesivos (Bakhshi Bojed & Nikmanesh, 2013).

Somayed Zamirinejad et al. (2017), realizó un estudio enfocado en el poder predictivo de los esquemas desadaptativos tempranos en el desarrollo del trastorno por uso de opiáceos, para este estudio transversal utilizó una muestra de 56 usuarios hombres en tratamiento de mantenimiento con metadona en clínicas de Irán, para este estudio se utilizó el Young Schema Questionary Short-Form (YSQ-SF; Welburn et al. 2002), el cual es una escala de 75 ítems que determinan la presencia de 15 esquemas desadaptativos tempranos. En base a los resultados obtenidos en la investigación se demostró que los esquemas desadaptativos tempranos pueden llegar a predecir el uso de opioides, en otras palabras, mientras mayor sea la desadaptación del esquema la probabilidad de uso de opioides aumentara, se demostró que los esquemas con mayor poder de predicción fueron los de privación emocional, desconfianza/ abuso y estándares implacables.

En su estudio sobre el análisis de la relación existente entre los sistemas de inhibición/aproximación conductual a los estilos de defensa y los esquemas desadaptativos tempranos en los consumidores de drogas sintéticas bajo tratamiento en clínicas especializadas, Vahid Khosravani et al. (2016), hace una investigación tipo transversal con una población de 158 mujeres y 182 hombres en una edad promedio de 32 años, donde se incluyen abusadores de crack, abusadores de heroína y cristal. Se utilizaron para la recolección de datos las escalas de Young Schema Questionary (YSQ-SF; Yousefi y Shirbagi. 2002), el cual consta de 75 ítems que marca la presencia de 15 esquemas, el Defense Style Questionary (DS-40; Andrews et al., 1993) consta de 40 ítems los cuales miden 20 estilos de defensa subdivididos en 3 dominios y la escala BIS/BAS (Carver y White, 1994) el cual es un cuestionario de auto aplicación consistente en 20 preguntas de auto registro. Con este estudio se llegó a la conclusión de que las sub escalas BIS/BAS excesivas, los estilos de defensa desadaptativos y los

esquemas disfuncionales tempranos son factores a través de los cuales se puede comprender la etiología del abuso de sustancias sintéticas.

Vahid Khosravani et al. (2017), realizó un estudio para determinar una comparación entre la inhibición conductual, los estilos de defensa y los esquemas desadaptativos tempranos en sujetos sanos y usuarios de distintas sustancias, la investigación es un estudio comparativo transversal que cuenta con una muestra de 962 sujetos entre hombres y mujeres divididos entre 762 consumidores de opiáceos, estimulantes y marihuana y un total de 200 sujetos no consumidores. Para la realización de este estudio se utilizó el Young Schema Questionary (YSQ-SF; Yousefi y Shirbagi, 2002), el cual consta de 75 ítems que marca la presencia de 15 esquemas, la escala BIS/BAS (Carver y White, 1994) el cual es un cuestionario de auto aplicación consistente en 20 preguntas las cuales competen a 4 escalas de respuestas tipo Likert y el Defense Style Questionnaire (DS-40; Andrews et al., 1993), el cual está compuesto de 40 ítems el cual identifica el estilo característico de respuesta frente a ciertas situaciones. Entre los resultados de la investigación encontramos que existe evidencia de que los usuarios de opiáceos obtienen altos puntajes en ciertos esquemas disfuncionales tempranos y en sistemas inmaduros de defensa como también en sistemas de defensa neurótico.

Farzaneh Shajari et al. (2016), se planteó como objetivo de investigación la relación entre la adicción a internet y el esquema des adaptativo temprano, para este objetivo utilizó una población de 195 estudiantes de bachillerato o posgrado, donde el 45% de participantes estaba constituido por hombres y el 55% constituido por mujeres en un promedio de edad de 25-29 años. Con el fin de la recolección de datos se utilizó la Generalized Pathological Internet Use Scale (GPIUS; Caplan, 2002) el cual está compuesta por 29 ítems de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos donde se determina el uso patológico de internet, la escala Young Schema Questionnaire (YSQ; Young y Brown, 1990,2001) el cual es un cuestionario de auto administración que contiene 75 ítems basados en una escala tipo Likert de 6 puntos. Con los resultados de la investigación se concluye que los esquemas que se forman en los primeros años de vida pueden ser un factor muy importante en la formación de la adicción al internet, que los esquemas de desconexión, de rechazo pueden ser un importante predictor de la adicción.

En lo que respecta a las investigaciones enfocados a la temática del apego, se han tomado en cuenta el trabajo sobre el papel del apego y esquemas desadaptativos en la

conducta impulsiva desarrollado por Esteves et al. (2021), donde se plantea como objetivo el estudio de la relación entre los esquemas desadaptativos, la impulsividad y el apego, para esto se tomó como muestra a 1533 adolescentes del Ecuador divididos en 707 mujeres y 826 hombres de las unidades fiscales de distintos sectores tanto urbanos como rurales, para obtención de datos se utilizó el instrumento CAMIR-R (Balluerka et al., 2011), que consta de 32 ítems divididos en 7 dimensiones y mide representaciones de apego. El Schema Questionary- Short Form-S3 (YSQ S3, Young, 2005; adaptación Calvete et al., 2005), el cual da una evaluación de los esquemas des adaptativos tempranos, el cual consta de 60 ítems en una escala tipo Likert de 6 puntos. Como conclusión de este estudio se obtuvo que a medida que aumenta la permisividad de los padres, el trauma infantil también aumenta la impulsividad y que disminuye la impulsividad a medida que aumenta el valor de los padres, la preocupación familiar. También se muestra como predictores de la impulsividad a ciertos esquemas desadaptativos tempranos. También la regulación emocional es influida por los estilos de apego el cual es un factor deficiente en la conducta impulsiva.

Como siguiente trabajo considerado para esta investigación desde la temática del apego, está el desarrollado por Cornella-Font et al. (2020), en el cual se planteó como objetivo el determinar el riesgo de adicción: su prevalencia en la adolescencia y la relación existente con la seguridad del apego y el auto concepto. Para la ejecución de esta investigación se utilizó una muestra de 668 participantes de entre 13 y 19 años de edad. Se evaluó las representaciones de apego con el cuestionario de evaluación de apego versión reducida Camir-R (CAMIR-R; Balluerka, 2011) y dimensiones auto conceptuales. Esta investigación nos da como resultado que se observa una menor prevalencia de riesgo de consumo problemático de sustancias con puntuaciones altas en seguridad de apego, se concluye que las dificultades en la regulación de las emociones ligadas a un apego inseguro o desorganizado dificultan que los individuos reduzcan su ansiedad, lo que puede llevarlos a buscar nuevas emociones o a “auto medicarse” y volver a la dependencia de sustancias. Otra de las observaciones de este trabajo es una notable correlación entre el “auto concepto familiar” y algunas de las dimensiones del CaMir-R (Balluerka et al., 2011), siendo grande y positiva esta correlación con la seguridad en el apego, pero negativo y de tamaño medio para el trauma infantil, relacionado con un apego desorganizado y de autosuficiencia, relacionado con un apego inseguro evitativo, por lo que parece existir una relación entre cómo se representa el apego y el auto concepto familiar.

En el trabajo realizado por Cevallos R. et al. (2021), se encuentra como objetivo de investigación la descripción de los estilos de apego en los adultos y el consumo de alcohol en una población de adultos jóvenes analizado bajo el programa InfoStat. Para la investigación se usó un enfoque cuantitativo, descriptivo, relacional y de corte transversal, se desarrolló el estudio sobre dos tipos de muestras de adultos jóvenes de universidades e institutos superiores en un total de 167 sujetos, donde el 82,6% son consumidores de alcohol y el 17,4% no lo son. Para la medición del estilo de apego en adultos se utilizó el instrumento CAMIR R, versión adaptada por Balluerka et al. (2011), el cual consta de 32 ítems que el sujeto debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos, además el cuestionario AUDIT (OMS; Babor et al., 2001), para la medición del consumo de alcohol, el cual consta de diez preguntas que analizan dependencia al alcohol, consumo y los problemas derivados del alcohol. Entre las conclusiones que se encontraron en este estudio están, que la población, tanto de personas en consumo como las que no consumían el estilo de apego prevalente es el seguro, después del cual se encuentra el estilo de apego inseguro preocupado, el estilo inseguro evitativo y el estilo de apego desorganizado, también se encontró que el mayor consumo de alcohol se realiza en mujeres y hombres en las edades comprendidas entre los 18 y los 22 años, de lo que se resume que en la muestra estudiada a menor edad mayor consumo de alcohol. En la muestra de adultos jóvenes, el estudio muestra que el estilo de apego seguro no constituye un predictor de consumo bajo o experimental, ya que esto ha mostrado relación con otros factores.

La investigación ejecutada por Barbarias et al. (2019), donde se plantea diferentes objetivos como son el conocer la relación entre la dependencia emocional, el apego y el consumo de sustancias, determinar el rol predictivo del apego y la dependencia emocional respecto al abuso de sustancias y determinar el rol mediador de la dependencia emocional entre el abuso de sustancias y el apego, para alcanzar estos objetivos se utilizó una muestra compuesta por 150 sujetos dividida entre 114 mujeres y 36 hombres todos residentes en España en edades que van desde los 18 hasta los 35 años de edad, para alcanzar los objetivos propuestos en este estudio se utiliza el test CAMIR-R (Balluerka et al., 2011), el cual mide representaciones de apego y funcionamiento familiar, consta de 32 ítems que el sujeto tiene que responder en una escala tipo Likert. El cuestionario de dependencia emocional (CDE; Lemos y Londoño, 2006), tipo auto aplicado compuesto por 26 ítems valorados por una escala tipo likert de 6 puntos., que da una referencia al miedo de una disolución de una relación y el test MULTICAGE –CAD4

(Pedrero et al., 2007), con el cual se evalúa las conductas adictivas con y sin sustancia, compuesta por 32 ítems de respuesta dicotómica que se agrupan en ocho escalas. En los resultados de este estudio se muestra que el abuso de sustancias tiene una correlación negativa con auto suficiencia y rencor contra los padres lo que hace suponer una forma de expresión de rechazo hacia los sentimientos de dependencia afectiva y reciprocidad y debido a esto ser un factor protector frente al abuso de drogas, la permisividad parental es decir no imponer límites ni guías por parte de los padres, tiene una correlación positiva con abuso de sustancias, otra conclusión que se encontró fue la correlación negativa con seguridad es decir apego seguro.

La siguiente investigación enfocada a las relaciones de apego y uso de sustancias fue la desarrollada por Fairbairn et al. (2018), en un meta análisis de asociaciones longitudinales entre la seguridad del apego interpersonal y el uso de sustancias, se utilizó una muestra de 34 estudios longitudinales, de donde se analizó 665 efectos derivados (56.721 sujetos), los resultados obtenidos en este estudio muestran que existe una asociación transversal significativa, pero no grande entre el uso de sustancias y el apego, lo que representaría que los sujetos que presentan un apego inseguro consumen más sustancias que las personas que no tienen este tipo de apego. Mostró además este meta análisis que la asociación entre consumo de drogas y apego inseguro se mantiene en el tiempo y se encontró evidencia de que la precedencia temporal en el uso de drogas, es decir, que las relaciones existentes, los vínculos inseguros hacia las figuras de apego preceden al aumento del consumo de sustancias.

Como se puede notar, existen múltiples estudios que han buscado determinar la relación existente entre el apego y el consumo de sustancias, los esquemas disfuncionales tempranos y el consumo de sustancias, más la relación de estas tres variables no ha tenido una exploración profunda que determine la existencia de la misma como explicación del desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva.

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Identificar la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos, el apego y la

adicción a sustancias psicoactivas en los internos en comunidades terapéuticas de adultos en Imbabura.

1.3.2 *Objetivos Específicos*

- Describir el consumo problemático, el apego y los esquemas disfuncionales tempranos en los internos de las comunidades terapéuticas.
- Analizar la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos, el apego y el riesgo de consumo problemático de sustancias en los internos de comunidades terapéuticas.
- Analizar la potencia predictiva de los esquemas disfuncionales y el apego sobre el consumo problemático.
- Analizar si existen diferencias significativas entre el consumo problemático y las dimensiones del apego.
- Analizar si existen diferencias entre la severidad de consumo problemático y los diferentes esquemas disfuncionales tempranos.
- Comparar las dimensiones del apego según los esquemas disfuncionales activos.

1.3.3 *Hipótesis*

- Existen diferencias significativas entre los diferentes esquemas disfuncionales tempranos, los diferentes estilos de apego y el consumo problemático de sustancias.
- Que exista disponibilidad, apoyo de las figuras de apego y preocupación familiar tiene una relación negativa con la aparición de esquemas disfuncionales.
- La permisividad parental, traumatismo infantil, autosuficiencia y rencor hacia los padres tiene una relación positiva con el consumo de sustancias.
- Existe una relación predictiva entre los esquemas disfuncionales tempranos, el apego y el consumo problemático de sustancias.

1.4 Justificación

Según los datos estadísticos de la OPS (2021), Existen 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe que sufren trastornos causados por el uso de drogas, como dependencia y otros padecimientos asociados en algún momento de su vida.

Tomando como referencia los datos obtenidos en la Encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes Ecuatorianos de 9no EGB, 3ro y 1ro de bachillerato, la cual se realizó en el mes de noviembre y diciembre del 2016, podemos identificar que, la edad promedio donde los jóvenes inician su consumo de drogas está entre los 14 y los 15 años, un 21.28% de los estudiantes que fueron encuestados consideraron que conseguir marihuana era muy fácil, el 12.28% afirma que conseguir heroína o “H” sería muy fácil, al igual que el 9.38% indico lo mismo sobre la cocaína, mientras que un 6.12% considera que es relativamente fácil adquirir pasta base de cocaína. Otro de los datos obtenidos con esta encuesta es que durante el último año el 9.6% de los estudiantes habían consumido marihuana, el 2.5% heroína, el 2.3% cocaína y el 1.9% pasta base de cocaína. En el Ecuador, los datos que obtenidos en la encuesta antes señalada evidencia una forma de consumo que tiene diferencias en función del territorio, género y grupo etario (Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas 2017-2021, PPCD., 2017).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), nos indica que el consumo mensual de alcohol se centra principalmente entre las personas de 20 y 59 años, donde el 41% del total de personas encuestadas consume alcohol y el 31% tiene un consumo de tabaco, mientras que en las personas de 10 y 19 años encuestadas su consumo era de 25.2% de consumo de alcohol y el 28.4% de tabaco. Existe una diferencia marcada en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, entre los rangos de edad comprendidos en los 20 y 59 años, los hombres tienen un mayor consumo llegando al 56.5% y las mujeres a un 25.4%, de igual manera en el consumo de otras drogas se constata la diferencia de los niveles de consumo entre los hombres y las mujeres. El uso de cocaína, marihuana, pasta base de cocaína y heroína según la Encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de 9no EGB, 3ro y 1ro de bachillerato del año 2016 (Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas 2017-2021, PPCD., 2017), nos indica un consumo anual de marihuana del 9.6% total de los encuestados siendo el 13.2%

hombres y el 5.9% mujeres, en lo referente al consumo anual de cocaína, heroína y pasta base encontramos datos del 2.3%, el 2.5% y el 2% respectivamente. Esta misma encuesta nos muestra que la edad de inicio de consumo de cualquier tipo de droga está por los 14.6 años en promedio; en forma puntual encontramos que la edad de inicio del consumo de marihuana es de 14.8 años, de cocaína es 14.7 años, de heroína es 14.3 años y de pasta de cocaína su edad de inicio es 14.8 años, por lo que llegar a una comprensión de las razones del consumo en edades tan tempranas es de suma importancia para establecimiento de intervenciones efectivas.

Nuestra realidad nacional muestra a partir de los datos obtenidos que la problemática de las adicciones se presenta a edades tempranas, existiendo una relativa facilidad para tener acceso a las mismas. El abuso de drogas representa una problemática social en aumento que se complica año tras año donde lejos de disminuir en su repercusión está en un continuo desarrollo, debido a esto la búsqueda de nuevos abordajes integrales que demuestren su eficacia en la intervención sobre esta problemática se vuelve prioritaria (Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas 2017-2021, PPCD., 2017).

La psicoterapia cognitiva de las drogodependencias propuesta por Beck et al. (1999), ha constituido un aporte significativo desde la clínica cognitivo conductual, a la intervención en trastornos por consumo de sustancias. A partir de este enfoque cognitivo de las adicciones se propone la presencia de distorsiones cognitivas en los sujetos, que se basan en las ideas que estos mantienen en relación con las drogas y su uso, que se denominan “creencias adictivas”. Junto con estas creencias, encontramos otras, denominadas “creencias nucleares” o “esquemas” que se encuentran presentes en todos los sujetos, y se pueden determinar cómo patrones cognitivos estables que se forman desde las experiencias tempranas de la vida. Young (1999, citado por Young, Klosko y Weishaar, 2003) desarrollo un modelo al que denomino “Terapia Centrada en los Esquemas”, en el cual, se describe en detalle los esquemas disfuncionales tempranos (EDT) que pueden estar en el origen de numerosos trastornos psicológicos, incluyendo las adicciones, por lo que si se llega a determinar una relación entre estos esquemas y la conducta adictiva podemos estructurar planes terapéuticos que nos brinden eficacia al intervenir en pacientes en forma integral.

En las últimas décadas, algunos investigadores han tratado de determinar la relación entre las adicciones y los esquemas disfuncionales tempranos, llegando a diferentes conclusiones en sus investigaciones, (Gantiva et al., 2010), (Malacas 2015),

(Huerta et al., 2017).

Tal como ya se ha planteado, existe otro enfoque importante en las adicciones, que es el constructo de vulnerabilidad psicosocial, que tiene una serie de variables, entre las que se destaca el apego (García, 2015). Para llegar a una conceptualización adecuada del apego tenemos que recurrir a uno de sus mayores representantes como es Bowlby. Este autor nos indica que el apego hace referencia a una manera específica de comportamiento que tiene como resultado el permanecer junto a otra persona a la que se llega a considerar como más capacitada para hacer frente a la vida (Bowlby, 1989). Podemos encontrar cuatro estilos parentales, relacionados con el apego, que pueden influir directamente en la vulnerabilidad: 1. Estilo parental del cuidado óptimo, este estilo presenta características que se orientan a una sobre protección baja con un alto cuidado. 2. Estilo parental de compulsión afectiva, la característica de este estilo es que todo es superlativo, existe una alta sobre protección y un cuidado excesivo. 3. Estilo parental de control sin afecto, cuyas características principales se orientan hacia una alta sobre protección y unos cuidados bajos. 4. Estilo parental negligente, la característica principal es que todo se centra en la despreocupación, con baja sobre protección y bajo cuidado.

Por lo que analizar la variable del apego, nos permitirá desarrollar instrumentos de medida para cuantificar el grado de vulnerabilidad psicosocial de las personas frente al consumo de sustancias y minimizar su impacto en las mismas a través de programas de prevención.

En el Ecuador no se han realizado trabajos enfocados a determinar esta relación que cuenten con una solides científica para establecer conclusiones determinantes, por lo que el presente trabajo investigativo busca establecer si existe esta relación significativa entre los esquemas disfuncionales tempranos, el apego y la adicción en una muestra de las comunidades terapéuticas de varones en Imbabura.

Los resultados del presente trabajo investigativo buscan ser un aporte al Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, en lo referente al Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida. Ya que los resultados de la investigación nos permitirán identificar la relación de los esquemas disfuncionales tempranos, el apego y el consumo problemático de sustancias, pudiendo mejorar en la prevención y tratamiento del grupo poblacional intervenido, recordando que se trata de un problema de salud pública.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1 *La Adicción*

¿Qué es la adicción a las drogas?

Se conceptualiza a la adicción como una enfermedad crónica que está caracterizada por el uso compulsivo o de gran dificultad de control y la búsqueda constante de la droga, a pesar de las consecuencias perjudiciales que le genera al usuario. El inicio del consumo de drogas es por lo general voluntario en la mayoría de los casos, más la utilización constante de la sustancia puede generar una gran cantidad de cambios a nivel cerebral que afectan el autocontrol en una persona adicta, interfiriendo en su capacidad de resistencia frente a los impulsos intensos de continuar su consumo de drogas. Los cambios que se pueden generar tienen como característica la persistencia, por esta razón la adicción a las drogas es considerada como una enfermedad recurrente, las personas que han conseguido mantenerse en recuperación del trastorno de la adicción poseen mayor riesgo de volver al consumo a pesar de que hayan pasado años de no consumirlas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Institutos Nacionales de Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos [NIDA], 2018).

2.1.1. *Adicción a Través de la Historia*

La historia del hombre viaja junto al camino de las adicciones, en este vínculo estrecho y a la vez complicado del ser humano con las sustancias psicotrópicas hay que observarlo no solo desde el punto de vista socio sanitario o jurídico, sino desde el más profundo estudio antropológico de la cultura (Becoña, 2016). Desde las más antiguas civilizaciones se han empleado las drogas para diversos usos como por ejemplo ritos religiosos, el placer o la evasión (López, 2011). Gracias a investigaciones en el campo podemos rastrear en la prehistoria el uso de sustancias psicoactivas desde hace miles de años; por ejemplo, el uso de opioides hace 7.000 años por parte de los antiguos Sumerios (Lindsmith, 1968, como se citó en Apud, 2016), el uso del peyote por parte de los aborígenes Coahuiltecan hace 6.000 años en el estado de Coahuila, México (Adovasio y Fry, 1976), o podemos nombrar el uso de las semillas de anadenanthera hace

aproximadamente unos 4.000 años en Argentina (Torres y Repke, 2006). Con lo antes expuesto podemos concluir que la utilización de drogas se la realiza desde la prehistoria más la noción de que el abuso de determinadas sustancias provoca una enfermedad conocida como adicción no llega a más de los 200 años (Levine, 1978). A través de la historia la forma de entender las adicciones ha venido cambiando y adaptándose, buscando alcanzar la profunda razón de las mismas, tanto desde un punto de vista filosófico que va desde las religiones, pasando por filosofías existencialistas, biólogos, psicólogos hasta una propuesta integrativa como es la biopsicosocial (Marín, 2015).

Tal como nos indica López (2011), en su trabajo investigativo, el fumar tabaco, el consumo de alcohol, la masticación de hojas de coca, el uso de compuestos psicoactivos, la utilización de opio para mitigar el dolor, son solo una pequeña porción de ejemplos que podemos encontrar en los usos que el hombre ha desarrollado en estas sustancias a través de la historia, todos estos usos antes descritos son como una antesala del fenómeno que estamos observando en la actualidad en lo referente a las adicciones.

La problemática de las drogas de abuso se ha ido incrementando en forma constante en la sociedad moderna desde el siglo XX, llegando a sus puntos más altos, estadísticamente hablando en momentos de la historia reciente como es la generación que soportó la guerra de Vietnam y movimientos contra cultura como el de mayo del 68 (López, 2011).

2.1.2. Problemática Actual

A nivel mundial el consumo de drogas se ha convertido en un fenómeno que envuelve una problemática compleja, en constante cambio y que posee múltiples causas para su inicio, esta problemática tiene como resultado una gran variedad de daños a nivel de salud, en las relaciones social y a nivel seguridad, pues afecta la sociedad, sobre todo, su núcleo central que es la familia (Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, PPCD, 2017 – 2021).

Debido a las características propias de esta problemática, las Naciones Unidas

entendieron esta situación como un problema de salud pública, y se creó el programa de fiscalización de estupefacientes y la junta internacional de fiscalización de estupefacientes y entes reguladores a la problemática descrita, enfocados en el control y erradicación de este fenómeno de las adicciones (López, 2011). La Oficina de las naciones unidas especializada contra la droga y el delito, UNODC (2020) nos indica que alrededor de 269 millones de personas en el mundo usaron drogas en el año 2018, lo que nos hace suponer un incremento del 30% con respecto al año 2009, y más de 35 millones de personas padecen trastornos por el uso de drogas. El consumo de drogas como problemática social se presenta como una amenaza a la salud pública, sin discriminar a países desarrollados ni a los países en vía de desarrollo. El costo que representa este fenómeno para los gobiernos es alto tanto en lo referente a salud como en la inversión social (Godfrey et al., 2002, Collins y Lapsley, 2008 como se citó en PPCD 2017-2021)

Los estudios realizados en el año 2015 sobre el consumo de drogas y la mortalidad que esto genera, muestran que en el Ecuador se produjeron 8.693 fallecimientos que tienen una relación directa al consumo de drogas, lo que sería el 13,42% del total de fallecimientos a escala nacional. Si tomamos en cuenta el valor de la problemática en el aspecto socioeconómico de las drogas en Ecuador, en el año 2015 el costo supera los 214 millones de dólares, lo que en su conjunto representa el 0.22% del Producto Interno Bruto nacional (PIB). Tomando en cuenta lo expuesto se llega a la conclusión que esta problemática exige un abordaje integral, con participación de varias disciplinas, y que se actúe lo más pronto posible, basándonos en la evidencia científica y contando con la participación de los distintos actores sociales (PPCD. 2017 – 2021).

2.1.3 Características de la Adicción

El mayor daño que producen las adicciones no son únicamente los efectos que se producen a un plazo corto, los daños y por consiguiente los problemas más agudos son los que se producen a mediano y largo plazo. Por ejemplo, las personas que padecen adicción a los cigarrillos un porcentaje muy alto de estos, fallecerán tiempo después de consumir la sustancia en forma regular de cáncer de pulmón o se presentarán enfermedades cardiovasculares, las personas que han generado una dependencia al alcohol tendrán una muerte relacionada a enfermedades hepáticas o accidentes que

tengan relación con la sustancia y su uso, muchas de las personas que han desarrollado dependencia a la cocaína sufrirán una muerte relacionada a la sustancia como hepatitis, infecciones, etc. Aparte de todos estos problemas físicos que se producen por la dependencia a las sustancias, no podemos dejar a un lado los problemas de índole social como el robo, la extorsión y más problemas legales y en el círculo familiar, y un especial énfasis en el deterioro económico, ya que sus recursos están enfocados en la adquisición de la sustancia (Becoña, 2016).

Una de las características más comunes y que tienen una posición central es la pérdida de control que muestran las personas con adicción, sumado a esto está que la persona con una conducta adictiva padece dependencia a la sustancia, genera tolerancia a la cantidad de sustancia consumida, un síndrome de abstinencia una vez que se detiene el consumo en forma abrupta y una repercusión negativa sumamente considerable en todos los ámbitos de su vida (Becoña, 2016)

Gosson (1989), identificó los elementos que caracterizan a una adicción:

- Un deseo intenso para llevar a cabo la conducta particular
- Una deteriorada capacidad de control de su conducta
- Malestar general y alteración del ánimo cuando no se realiza la conducta o esta es impedida
- Mantener la conducta a pesar de las negativas consecuencias que la conducta le genera

Como nos lo señala en su trabajo investigativo Malacas (2015), el abuso de sustancias es una preocupación constante en la comunidad científica, ya que el nivel de morbilidad de los trastornos por consumo de sustancias es significativo y está en aumento en todos los países del mundo, afectando a los individuos sin importar su edad, sexo, nivel económico. El trastorno por dependencia de sustancias tiene una afectación negativa en todas las esferas vitales del sujeto y en su círculo vital próximo (Espada Salado et al., 2012).

Por todo lo anteriormente expuesto cabe plantearnos diferentes cuestionamientos como;

- ¿La adicción es una enfermedad solamente del cerebro?
- ¿Es esta una enfermedad neurobiológica, y, por lo tanto, no depende de la cultura en la que está inmersa?
- ¿Hay una relación directa entre adicción y drogas?
- ¿Cuál es la medida de incidencia en la adicción de los factores como herencia, mecanismos neurobiológicos del cerebro, comportamiento, personalidad, el contexto social y la cultura? (Apud, 2016)

Existen tres principales perspectivas científicas con las que se intenta abordar y explicar la problemática de las adicciones; como primer modelo de abordaje tenemos al biomédico, seguido del modelo sociocultural y por último al modelo biopsicosocial (Apud, 2016).

2.1.4. El Modelo Biomédico.

El concepto médico de adicción fue propuesto por Harry Levine (1978, como se citó en Apud, 216)), lo que llevo a abandonar la idea de que la ebriedad era una conducta demoniaca o reprochable desde el punto de vista moral, para suministrar un concepto desde una posición científica, bajo la premisa de una enfermedad del cerebro. Su trabajo se fundamentó en el alcoholismo para luego generalizarse al resto de sustancias.

Es en el transcurrir de este siglo que las ideas con respecto al alcoholismo y la adicción se van consolidando con la predisposición biológica, el nivel de toxicidad, el craving, la generación de tolerancia a la sustancia, el progreso continuo de la enfermedad y la pérdida de control sobre su consumo, resumiendo la adicción como una enfermedad del cerebro (White, 2000).

Neuroplasticidad y recompensa. - en sus inicios el concepto de adicción era netamente especulativo, metodológicamente poco científico, basándose en intuiciones de base psicológica. Es a partir del siglo XX que se elaboran modelos neurobiológicos que buscan explicar en términos causales que la adicción es una enfermedad del cerebro. Utilizando para este fin ensayos sobre animales de laboratorio como modelos

experimentales, donde se tenía control de variables relacionadas con el ambiente, la alimentación y tratamiento (Planeta, 2013).

El afianzamiento de este modelo se realizará en la década de los 70s y 80s, con el hallazgo de los receptores opioides (Koob y Simon, 1990), esto da como resultado la consolidación biológica en psiquiatría, lo que generó dejar a un lado las metodologías que no tenían un sustento científico sólido y aumentar el interés por la evidencia científica en medicina (Oken, 2009).

Gracias a la utilización de la tecnología en las neurociencias se consiguió la elaboración de un modelo sólido a través del estudio del cerebro en vivo, pudiendo entender el efecto de las distintas sustancias psicotrópicas sobre las estructuras cerebrales, así como problemáticas específicas como el craving, la abstinencia o los cambios cognitivos resultantes de estas (Guardia et al., 2000). Tomando como referencia la teoría científica, se puede dar una explicación del fenómeno de las adicciones a través de términos evolutivos, utilizando conceptos importantes como es el de adaptación, la neuroplasticidad, y la recompensa con sus mecanismos de control. La neuroplasticidad nos hace referencia a la capacidad del sistema nervioso de poder adaptarse a las condiciones ambientales que se vayan presentando, produciendo cambios con respecto al comportamiento orientados a la supervivencia a mayor velocidad que los que se podrían generar a través de la genética (Moizeszowicz, 2000).

Con el modelo biomédico se busca entender y explicar en términos de evolución por qué nuestro cerebro se aferra a conductas que van en deterioro de la capacidad de adaptación del organismo, y como por efecto de las drogas la neuroplasticidad puede convertirse en una desventaja. En esto tiene un papel preponderante en los mecanismos de recompensa, los mismos que valoran aquellos comportamientos adaptativos que son útiles, como por ejemplo la alimentación, y los refuerzan con mecanismos asociados al placer, para esto se utiliza principalmente el sistema dopaminérgico incluyendo las vías mesolímbicocorticales, área tegmental ventral, proyecciones sistema límbico y el núcleo accumbens. Con la conducta adictiva, la corteza prefrontal se afecta, por lo que puede explicar la falta de control e impulsividad (De Sola, 2013). La neuroplasticidad se veía afectada en los circuitos de recompensa dopaminérgicos, engañando al cerebro al interferir entre la recompensa y un comportamiento de adaptación, sustituyéndolo por el placer del consumo (Platt et al., 2010).

El modelo biomédico de la adicción permite dar una explicación de este fenómeno desde la perspectiva de la dependencia física, mas no a la perspectiva de la dependencia

psicológica (Apud, 2016). No existiría una explicación biológica pura de la adicción, la dependencia física, vendría a constituir un desajuste homeostático del organismo, este tiene que ser remitido a una vivencia subjetiva de compulsión, donde se encuentra a un sujeto en determinado contexto social y cultural (Peele, 1985).

2.1.5. El Modelo Sociocultural

Como siguiente modelo tenemos el, basado en la antropología y la sociología, el modelo sociocultural. Desde la sociología el tema se aborda desde los procesos de anomia, desviación y las adicciones, las investigaciones de la sub cultura de la droga, estigma, adicción, etiquetas sociales (Comas, 1993 como se citó en Apud, 2016), mientras que en la antropología se ha enfocado en la definición del objeto “droga”, como una esfera de relaciones entre contextos, sujetos y sustancias (Romaní, 2007 como se citó en Apud, 2016). Esta perspectiva ha usado el método cualitativo para su desarrollo a partir del abordaje de la problemática desde la visión del propio sujeto, sus sentidos, sus prácticas culturales, su manera de interacción con sus pares.

Con este método se estudia los contextos naturales del sujeto, pudiendo observarse la problemática real, cosa difícil en un laboratorio (Apud, 2013).

El método cualitativo ha permitido la noción de “trayectoria de adicción” “entendiéndola como las narrativas del dolor, donde se exponen el trayecto del sujeto, de las sustancias, sus creencias, instituciones, mostrándonos la enorme variabilidad existente en la etiqueta de adicciones (Raikhel y García, 2013). Gracias a este modelo se ha logrado entender las prácticas sociales y culturales que tienen relación con las drogas, desde el pasado remoto cuando su uso era tribal hasta las sub culturas existentes en nuestra contemporaneidad. A partir de estos estudios se ha determinado que no es posible separar el efecto de las sustancias de sus contextos culturales (Apud, 2016). Alfred Lindesmith (1947), lanza una proposición que se enfoca en el estudio de la visión del propio sujeto, en su experiencia subjetiva frente a la droga, haciendo a un lado la clasificación de la literatura científica. Para este autor lo que importa, es el estilo de vida al que se ha segregado a la persona que consume sustancias en sitios alienantes de la urbe.

A través de distintas investigaciones, el modelo sociocultural ha ido en contra del

concepto de adicción concebido desde una postura biológica, mostrando su relación con la cotidianidad, así como el constructo de identidad (Romaní, 2000), gracias a la metodología cualitativa se ha descubierto poblaciones ocultas gracias a la perspectiva de los propios sujetos. En las adicciones debido a la ilegalidad y la estigmatización que se desarrolla frente a los consumidores, la investigación en campo demanda un juego de confianza participar en su subcultura para entender sus prácticas a profundidad. El modelo sociocultural ha ofrecido grandes aportes al área de intervención, ya que al actuar sobre el terreno puede identificar necesidades y emergencias para proponer mejores planes de intervención en salud y situaciones asociadas (Page y Singer, 2010)

Las nuevas investigaciones muestran que para que la dependencia llegue a convertirse en adicción esta tiene que realizar una asociación de mecanismos de aprendizaje, de condicionamientos tanto clásicos, operantes y de aprendizaje explícito (Apud, 2016).

2.1.6. El Modelo Biopsicosocial

A partir de la inclusión de variables psicológicas y de contexto, no se podría restringir a la adicción a los límites del cerebro, por lo que se hace indispensable adicionar categorías psicológicas para la realización del diagnóstico y conceptualización de la adicción. Esto tiene como consecuencia un progresivo paso desde la conceptualización biomédica enfocada en la enfermedad del cerebro a una nueva conceptualización biopsicosocial (Apud, 2016).

Existe una tensión constante entre el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial y eso se puede vislumbrar en las investigaciones donde en pocas ocasiones se observa una integración transdisciplinaria verdadera. Con este nuevo modelo se toma en cuenta una gran variedad de factores que ponen en riesgo al sujeto frente a las adicciones, como son la vulnerabilidad y la protección, factores de origen psicológico y social, este nuevo paradigma tiene mayor aceptación actual en los especialistas en adicciones (García, 2015). A partir de esta conceptualización podemos encontrar una variedad de métodos psicoterapéuticos de abordaje de esta problemática como son el cognitivo conductual, abordajes enfocados en la familia, terapias psicodinámicas, motivacionales, entre las más destacadas (Becoña et al., 2008).

El Instituto nacional sobre el abuso de drogas en Estados Unidos (NIDA),

mantiene el concepto de enfermedad cerebral, mas también incluye la importancia de los factores de vulnerabilidad, como son predisposición genética, edad de exposición a la sustancia, el contexto de las áreas sociales como la familia o el trabajo (NIDA, 2012 como se citó en Apud, 2016). La variable psicológica y la variable social serán ampliamente estudiadas desde el año 1970, en donde se puede encontrar varios estudios que muestran el contexto social y la personalidad como eje central del proceso adictivo, manteniendo una confrontación con el paradigma de la enfermedad del cerebro (Apud, 2016). Zinberg (1972), realiza un estudio sobre el uso de heroína por parte de los soldados en Vietnam durante el conflicto y posterior a su regreso a estados unidos, donde concluye que el uso y abuso de esta sustancia está relacionado con el contexto, ya que su uso tuvo una reducción drástica al volver a su país. A partir de este trabajo, Zinberg (1984, como se citó en Apud, 2016), plantea que los efectos de cualquier droga sobre el sujeto no dependen únicamente de las propiedades farmacológicas de esta, sino de la interacción con lo que el investigador denomino sujeto y contexto. Un equipo de científicos, liderado por Bruce Alexander (1978), llego a similares conclusiones, con la experimentación sobre animales de laboratorio.

La psicología ha hecho grandes aportes a la comprensión, prevención, evaluación y tratamiento de las conductas adictivas, entendiendo al sujeto de un modo integral, haciendo a un lado la visión reduccionista o parcializada, destacando técnicas enfocadas a esa visión integral del hombre, por lo mismo el modelo cerebral de las conductas adictivas es reduccionista y aunque no se puede hacer a un lado el papel biológico, este no es exclusivo y es un intento simplista el tratar de dar una explicación de las adicciones solo desde este modelo (Becoña, 2016). Como nos expone Hall (2015), la adicción es un trastorno donde existen diferentes factores, tanto biológicos, sociales y psicológicos, que requieren una aproximación desde varias percepciones clínicas y de salud pública.

Los tratamientos psicológicos están en continuo avance y resultado de esto encontramos los tratamientos transdiagnósticos como los de la terapia cognitiva conductual, que se basa en determinar las similitudes de los diferentes síntomas y diagnósticos desde un enfoque dimensional en el que se realiza una clasificación funcional de la conducta considerando el contexto de la persona. Con lo anterior podemos llegar a una comprensión de las causas y el mantenimiento de los trastornos en el tiempo (Sandín et al., 2012). Los psicólogos con enfoque integral de la personalidad, como es Jeffrey Young autor de la terapia de esquemas, aplica una perspectiva transdiagnóstica que sea funcional y tome en cuenta el contexto para los

trastornos de mentales, como el de la adicción (Bamelis et al., 2014).

2.2. Terapia de Esquemas

La terapia de esquemas es un enfoque integrador, ya que en ella encontramos múltiples técnicas derivadas de la terapia cognitiva conductual, elementos psicodinámicos y gestálticos que sirven para profundizar la experiencia emocional, donde no se descuida los estilos de afrontamiento disfuncionales y la relación terapéutica (Young et al., 2015). La terapia de esquemas se desarrolla desde los conceptos teóricos de Beck, en las áreas de los trastornos de personalidad, los modos, los esquemas y las estrategias (Beck et al., 2005). Esta terapia ha sido desarrollada por Jeffrey Young (1990, 1993), dirigida a pacientes con un trastorno de personalidad y también para los pacientes con trastornos psicológicos considerados complejos de tratar, ya que son considerados un reto para el terapeuta, por presentar problemas psicológicos de larga duración, graves, arraigados y que no pueden sostener una estabilidad sintomática con recaídas frecuentes, rigidez de patrones de conducta y problemas inter personales (Young, 1993).

2.2.1 *Conceptos Básicos*

Young y Klosko (2007), desarrollan para este tipo de abordaje una definición de sub categorías de los esquemas, los esquemas des adaptativos tempranos (EDT), estos esquemas son los patrones disfuncionales que se autosabotean en lo referente a emoción y pensamiento, que tienen su inicio en edades tempranas y se mantienen a lo largo de su vida. Tomando como referencia este enfoque, las conductas disfuncionales no son componentes de los esquemas, si no son la respuesta dada a estos. Los esquemas causan las conductas, más no pertenecen a ellos.

Los esquemas disfuncionales tempranos tienen su origen en las representaciones basadas de la realidad y al principio pueden generar respuestas adaptadas a estas. La disfuncionalidad aparece mucho más tarde cuando las percepciones ya no son ajustadas a la realidad. Los mecanismos de supervivencia, sobre todo el impulso a la consistencia

cognitiva, crean la energía que defiende cualquier intento de cambio, forzando a la adaptación de otras percepciones a ellas (Young y Klosko, 2007).

Los esquemas disfuncionales tempranos pueden tener diferentes grados de rigidez, gravedad y resistencia al cambio. El nivel de gravedad se puede identificar por la cantidad de situaciones que los activan. Una mayor o menor resistencia al cambio y severidad estará dependiendo de la edad temprana o tardía en que se generaron, de la cantidad de situaciones que afronto, de la cantidad de figuras significativas para el sujeto (Young y Klosko, 2007).

Existen esquemas positivos o funcionales y esquemas negativos o disfuncionales, también esquemas tempranos y esquemas tardíos (Young et al., 2003).

2.2.2 Orígenes y Clasificación de los Esquemas

Los esquemas disfuncionales tempranos tienen su origen en las necesidades emocionales que no fueron satisfechas durante la infancia. Estas necesidades son básicas y todo niño tendría que tenerlas cubiertas y tiene que aprender a compensarlas con su familia, padres, con el propósito de lograr un desarrollo óptimo y un funcionar que sea adaptativo a lo largo de su existencia (López, 2011).

Existen cinco necesidades que son universales según Young y Klosko (2007):

1. Pertenencia. Donde se integra: Estabilidad, seguridad, aceptación, cariño, afecto.
2. Autonomía. Sentido de identidad, competencia.
3. Libertad para expresar deseos válidos y emociones
4. Espontaneidad y juegos
5. Límites realistas y autocontrol

Por último, Young y Klosko (2007), señalan que existen cuatro tipos de experiencias vitales que pueden generar la aparición de esquemas disfuncionales.

- A. Frustración tóxica de las necesidades que se han producido cuando al niño se le da muy poco de algo bueno y va adquiriendo esquemas como la Privación emocional o Abandono /inestabilidad, producto de deficiencias en su entorno temprano. Es así que el entorno del niño está mostrando pérdida de comprensión, estabilidad o amor.

- B. Traumatización, el niño está expuesto a daño, crítica, victimización y control, debido a estas experiencias se desarrollan esquemas como Abuso/desconfianza o Vulnerabilidad al peligro.
- C. La tercera experiencia tóxica es cuando al niño se le da demasiado de algo bueno, en otras palabras, se ofrece al niño en demasía algo que moderadamente es saludable para él, lo que genera esquemas como Dependencia funcional o grandiosidad.
- D. Interiorización selectiva, el niño se identifica e interioriza las sensaciones, las experiencias, los pensamientos de sus progenitores, en pocas palabras el niño interioriza los esquemas de sus padres, lo que generara el esquema de Vulnerabilidad.

Podemos identificar tres estilos desadaptativos diferentes de afrontamiento, tal como se muestra en la figura 1, los cuales se utilizan frente a la frustración de las necesidades básicas no resueltas, a las situaciones estresantes y a los conflictos, que son los que mantienen y refuerzan los esquemas disfuncionales tempranos, y que empiezan de forma temprana para permitir una mejor adaptación a estos esquemas y así evitar experimentar las arrolladoras e intensas emociones que estos generan (Young y Klosko, 2007). Los tres estilos hacen referencia a las respuestas básicas que se generan frente una amenaza: el luchar, el quedarse inmóvil y el huir. La sobrecompensación es la lucha, la rendición es quedarse inmóvil y la evitación es la huida. Es muy importante considerar que estos estilos de respuesta fueron funcionales durante la infancia, en la edad adulta, ya no lo son, y se convertirían en disfuncionales, ya que evitan una adaptación saludable, impidiendo se consiga satisfacer las necesidades básicas del sujeto (Young y Klosko, 2007).

Young y Klosko (2007), nos describen los tres estilos de afrontamiento, que son:

1. Sobre compensación. - se refiere a sentimientos, conductas, pensamientos con los que se intenta hacer frente y superar a un esquema. En muchas ocasiones se pueden manifestar como estilos de funcionamiento contrarios a lo que se esperaría según el esquema que se presenta o el predominante.
2. Evitación. - son estrategias emocionales, conductuales y cognitivas con las que se busca evadir las situaciones o pensamientos que podrían activar el esquema y experimentar esa emoción intensa que le acompaña. Este mecanismo puede ser intencional o automático y se desarrolla durante la vida del sujeto.

3. Rendición. – se trata de favorecer y aceptar totalmente la confirmación o cumplimiento del esquema disfuncional, los sujetos buscan relaciones que replicaran la situación que genero el esquema disfuncional o tienen una excesiva intensidad emocional ante disparadores del esquema (Young y Klosko, 2007).

Por último, denominamos respuesta de afrontamiento a aquellas conductas concretas que son desarrolladas de acuerdo a los esquemas y a los estilos de afrontamiento de cada paciente (Young y Klosko, 2007).



Para una mejor comprensión Figura 1 (López et al., 2011)

2.2.3 Características de los Esquemas Disfuncionales Tempranos

- El esquema es una verdad a priori sobre uno mismo y el ambiente, la base del autoconcepto.
- Son resistentes al cambio, se mantienen a través del tiempo.
- Son desadaptativos o disfuncionales, como resultado son auto destructivos, causan interferencia significativa en la satisfacción de necesidades de unión, de autonomía, de límites, auto estima, es decir afectan la calidad de vida del sujeto.
- Se activa al exponerse a variaciones ambientales relevantes al esquema. No siempre estamos conscientes de ellos, y una vez activados se acompañan de emoción en altos niveles.

- Se generan con la interacción de las experiencias dolorosas, nocivas y disfuncionales que hayan tenido con cuidadores o la familia y con el temperamento (López, 2011).

2.2.4 Descripción Esquemas Disfuncionales Tempranos y sus Dimensiones.

Existen 18 esquemas disfuncionales tempranos identificados por Young y Klosko (2007), que tienen una relación con las necesidades básicas que no se han satisfecho en forma adecuada. Los esquemas disfuncionales tempranos a su vez son agrupados en cinco dimensiones:

1) Desconexión rechazo

1. Abandono/ inestabilidad. Percibe poca seguridad, de soporte en las relaciones con los demás, inestabilidad.
2. Desconfianza/ Abuso. Se mantiene expectante frente a su idea de que los otros lo quieren lastimar, humillar, abusar, manipular, que se aprovecharán de él.
3. Privación emocional. Está expectante con respecto a que su deseo de tener un soporte emocional no alcanzará a satisfacer adecuadamente con los otros.
4. Defectuosidad/ Vergüenza. Mantiene un sentimiento de no ser querido, ser inferior, defectuoso, malo, incapaz en aspectos importantes; o que no alcanzaría el afecto de los demás si se muestra como es en realidad.
5. Aislamiento social/ Alienación. La sensación, idea de que se está aislado del mundo, que no puede formar parte de un grupo, que es diferente de los demás.

2) Trastornos de autonomía y rendimiento

6. Dependencia/ Incompetencia. La creencia de la incapacidad que se tiene de cumplir las responsabilidades diarias sin la ayuda de los demás.
7. Vulnerabilidad al peligro. Miedo exagerado a que una catástrofe ocurra de un momento a otro y que no pueda estar preparado para prevenirlo. El miedo puede ser emocional, natural, médico.

8. Apego inmaduro independiente. Emocionalmente está implicado en forma excesiva a una o más personas que considere significativas, frecuentemente los padres, a pesar del costo en su individualización o desarrollo social.
 9. Fracaso. La idea de que se ha fracasado, que fallara de cualquier forma, o que es inapropiado en su relación a grupos o áreas de rendimiento.
- 3) Límites insuficientes
10. Grandiosidad. La idea de que se está por encima de los demás, que se es superior, que tiene derechos y privilegios especiales, no tener que acatar las reglas que sirven de guía a la interacción social.
 11. Insuficiente autocontrol. Dificultad constante de control sobre uno mismo y tolerancia hacia la frustración en la búsqueda de sus objetivos, o mantener reprimidas la expresión de impulso y emociones
- 4) Focalización en los otros.
12. Subyugación. En exceso entregado al control del otro por el sentimiento de estar cohesionado; casi siempre para evitar la ira, el abandono o represalias. Las más importantes formas de subyugación son de necesidades y emociones.
 13. Autosacrificio. En exceso centrado voluntariamente a las necesidades de los demás diariamente, sin buscar su propia gratificación
 14. Búsqueda de aprobación / Búsqueda de reconocimiento. En exceso interés por alcanzar el reconocimiento, la aprobación, llevarse bien, o la atención de los demás sin buscar un sentido seguro de uno mismo, su estima está centrada en las reacciones del resto más que en sus propios intereses
- 5) Híper vigilancia e inhibición
15. Negatividad- eventos controlables. Una constante focalización en su vida solo en los aspectos negativos del trajinar diario, mientras niega o no importancia a los aspectos positivos, siempre a la expectativa de que las cosas saldrán mal.
 16. Inhibición emocional. Hay una inhibición excesiva a cualquier acción, sentimiento o comunicación espontánea, casi siempre para crear un sentimiento de seguridad y pronóstico, o evitar errores o la desaprobación del resto, o la pérdida de control sobre sus propios impulsos.

17. Metas inalcanzables. Una profunda creencia que hay que esforzarse para alcanzar estándares elevados de rendimiento y conducta, casi siempre para evitar las críticas.
18. Castigo. La creencia arraigada de que se debe imponer castigos muy duros frente a los errores incluso sobre uno mismo (López, 2011)

2.2.5 Operaciones de los Esquemas

Young y Klosko (2007), buscaron reagrupar los estilos de afrontamiento desadaptativos en solo dos operaciones básicas de los esquemas que son:

1. La perpetuación. – en esta operación se incluye todo lo que hace el paciente, lo que sostiene y mantiene al esquema.
2. La sanación. – aquí se incluye todo lo que hace el paciente para generar la disminución de los componentes del esquema. La sanación es el objetivo que se busca en la terapia, la disminución de la intensidad de los recuerdos que mantienen conexión con el esquema, la intensidad de las sensaciones corporales, las cogniciones desadaptativas y la carga emocional. Esto trae consigo un cambio conductual, que reemplazaría el estilo de afrontamiento desadaptativo por patrones de conducta adaptativos.

2.2.6. Los Modos de Afrontamiento

Los sujetos no tienen sus esquemas activos permanentemente, sino que se activan en momentos determinados. De la misma manera, las personas tienen diferentes estilos de afrontamiento, más no siempre las están utilizando. Dependiendo de los disparadores se activan algunos de sus esquemas. Los esquemas activos a su vez despliegan uno o varios estilos de afrontamiento propios de cada persona, desarrollando en cada caso una de las conductas dentro del estilo. Cuando ciertos esquemas y estilos de afrontamiento se disparan juntos, estamos hablando de modos (Young et al., 2003)

Los modos consisten en emociones, pensamientos, conductas relacionadas que son parte de un patrón recurrente de la vida de la persona. Estos se activan ante

estresantes específicos y son temporales (Young et al., 2003). Las personas ante diversas circunstancias y diversos momentos cambian sus modos. Las personas que mantienen su salud mental, aunque presentan diversos modos, estos no difieren mucho entre sí y por lo general son la combinación de varios, permaneciendo intacto el sentido de una única identidad (Young y Klosko, 2007), para una mejor comprensión tenemos la figura 2.



Figura 2 Los modos de afrontamiento

Fuente: López (et al., 2011).

2.2.7. *Temperamento Emocional*

Aparte del contexto de la primera infancia, podemos encontrar otros componentes que tienen especial importancia y que influyen en una forma significativa en el desarrollo de los esquemas, a los que Young y Klosko (2001), dieron una definición de temperamento emocional. El aspecto biológico tiene gran importancia dentro de la personalidad, y los rasgos temperamentales de la infancia permanecen de manera estable en el camino de la vida (Kagan et al., 1998), en la figura 3 podemos encontrar los parámetros temperamentales.

Lábil	↔	No reactivo
Distímico	↔	Optimista
Ansioso	↔	Calmo
Obsesivo	↔	Disperso
Pasivo	↔	Agresivo
Irritable	↔	Contento
Tímido	↔	Sociable

Figura 3 Parámetros temperamentales

Fuente: López (et al., 2011).

El temperamento emocional tiene interacción con las experiencias dolorosas de la infancia en la formación de los esquemas. Las variedades de temperamentos exponen a los infantes a muy variadas circunstancias vitales, los infantes podrían reaccionar en forma particular nada parecida a otro niño frente a una misma circunstancia (Young, 2015).

En la figura 4 podemos encontrar los conceptos fundamentales para una mejor comprensión.

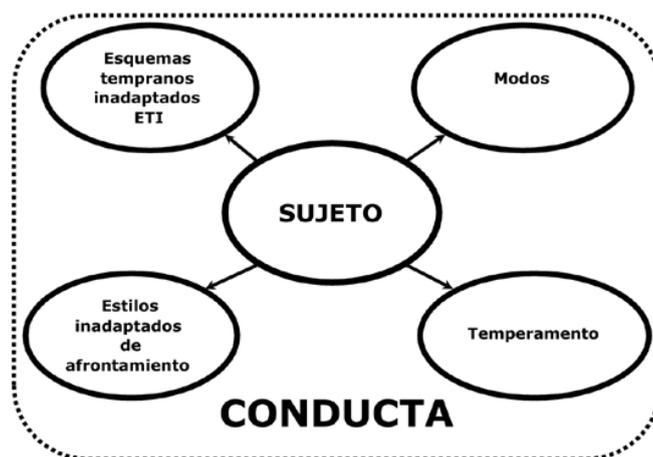


Figura 4 Conceptos fundamentales

Fuente: López (et al., 2011).

Se otorga cada vez mayor importancia a las relaciones de la primera infancia en la formación de trastornos en el sujeto, por lo que el rol que juega la familia es un componente clave para entender el porqué del consumo de sustancias psicoactivas, no

solo en su origen sino también en el progreso que estas tienen desde el abuso de sustancias a la dependencia (Velleman y Templeton, 2007). Es debido a esto que las investigaciones sobre riesgo y factores de protección en el consumo de drogas se están orientando hacia la familia y sus variables, ya que influyen en el tipo de conducta (García-Pindado, 1992). Entre las variables que mayor preocupación ha despertado en las investigaciones está el apego a los padres en particular y a la familia en general por la influencia en la vida del sujeto (Iglesias, 2014).

2.3. *El Apego*

La teoría creada por Bowlby (1969), sobre el vínculo afectivo o el apego que se logra establecer entre una madre o el cuidador y el hijo, este se ha constituido en uno de los planteamientos teóricos con mayor solidez en el desarrollo socio-emocional. La misma que a través del tiempo se ha ido afianzando y enriqueciendo por una enorme cantidad de investigaciones por lo que se ha transformado en una de las mayores áreas de investigación (Delgado, 2004)

2.3.1. *Conceptos Fundamentales.*

John Bowlby (1969), desarrolla la conocida teoría del apego, en donde se describe los efectos que tienen las experiencias tempranas y la relación con las figuras vinculares en el desarrollo del infante. Esta relación inicial que se establece al nacer es con la que aprendemos a mantener una regulación de nuestras emociones, ya que no podemos hacerlo por nosotros mismos al nacer (Botella y Corbella, 2005), también, es en el desarrollo de esta relación donde el infante va a experimentar los primeros sentimientos positivos y negativos y llega a cumplir la función de conservar la proximidad y trata de que se establezca la figura de apego como una base segura, punto de partida para que el infante se aventure a explorar y retorne en busca de consuelo y refugio (Bowlby, 1988). El desarrollo cognitivo y físico del niño ha sido influenciado por la calidad del vínculo de apego, así también como su desarrollo afectivo y emocional (Malekpour, 2007). Este vínculo es más intenso en la infancia, pero se conserva “desde la cuna hasta la muerte” (Bowlby, 1969). Son estas experiencias vinculares relacionales la base de sustento sobre

la que se van construyendo los modelos representacionales que se conocen como Modelos Operativos Internos (Bowlby, 1973). Los modelos operativos son las representaciones de uno mismo y de los demás que se ha adquirido a lo largo de la vida del sujeto como resultado de la interacción con sus figuras de apego y el ambiente (Bowlby, 1973).

2.3.2. Tipos de Apego

Schaffer y Emerson (1964), realizaron una serie de observaciones en Escocia sobre un número determinado de sesenta bebés y sus respectivas familias en el transcurso de los dos primeros años de vida. Como resultado de esta observación se puso de manifiesto que el tipo de vínculo que el niño conseguía establecer con sus padres, dependía fundamentalmente de la capacidad de respuesta del adulto, de la sensibilidad con respecto al cumplimiento de las necesidades del bebé.

Mary Ainsworth (1972), encontró en su estudio sobre la calidad de interacción madre-hijo, y el grado de influencia sobre la formación del apego, el grado de importancia de la sensibilidad de la madre a los requerimientos del hijo. Descubrió tres patrones principales de apego:

- Niños con apego seguro. – que presentaban poco llanto y se veían contentos mientras exploraban en presencia de la madre
- Niños con apego inseguro. – que mostraban llanto frecuente, aun estando en los brazos de la madre
- Niños que no mostraban apego. – y tampoco conductas diferenciales dirigidas hacia la madre

Estos tres tipos de apego se han considerado en las investigaciones que se desarrollan sobre el tema más recientemente se propuso la existencia de un cuarto tipo al que se denominó:

- Inseguro, desorganizado/desorientado. – en el que podemos identificar muchas de las características de los otros grupos de apego inseguros y que en un principio eran tomados como inclasificables (Main y Solomon, 1986).

2.3.3. *El Apego en Adultos*

Aunque los estilos de apego son algo que se mantiene relativamente estable a través del tiempo gracias al ambiente familiar y los modelos operantes internos (Stein et al., 2002), estos son susceptibles de ser modificados con nuevas experiencias vinculares que sean gratificantes, con figuras de apego que brinden seguridad en algún proceso de redefinición como es el proceso terapéutico (Lossa, 2015).

Main (2000), nos brinda un modelo categorial donde distingue los siguientes modelos de apego para adultos: seguro-autónomo, rechazante, preocupado y no resuelto

- Estilo de apego seguro. – son personas que en las relaciones interpersonales son estables, cálidas y con relaciones íntimas satisfactorias, y en lo referente a lo intrapersonal son integradas, positivas y con ideas coherentes de sí mismas (Mikulincer, 1998). Con este tipo de apego lo que se consigue es una inmunidad psicológica.
- Estilo evitativo. – se mantienen próximos a quien los protege, más no tan cerca por miedo a ser rechazados o a ser agredidos, en las relaciones interpersonal se sienten inseguridad ante los demás, esperando ser desplazados a partir de las experiencias de abandono, sacrificando la intimidad con una deficiente activación de las respuestas de apego (Mikulincer, 1998).
- Estilo ambivalente. – permanecen aferrados al cuidador, por las respuestas incoherentes de las que fue objeto en situaciones de angustia. Debido a esto, buscan la seguridad sacrificando la autonomía y la exploración, manteniendo una hiper activación en sus respuestas de apego. En lo interpersonal mantienen un deseo fuerte de intimidad más sienten gran inseguridad ante los demás (Mikulincer, 1998).

Cuando una relación de apego ha funcionado mal, tal como nos expone Galán (2019), la persona presenta problemas en los diferentes ámbitos de funcionamiento, ya sea conductual, afectivo o cognitivo, por lo que una intervención es necesaria para promover una mejor regulación de estos ámbitos.

2.3.4. Estilos de Apego y Estrategias de Regulación Emocional

Las emociones y los estilos de apego se asocian y además se mantienen relacionados con la expresión de estas emociones y su regulación, por lo que las estrategias para regular y expresar emociones actúan de acuerdo al estilo de apego (Kobac y Sceery, 1998).

La regulación emocional es el proceso de iniciar y mantener, cambiar la ocurrencia, la duración de los procesos fisiológicos y los estados afectivos internos con el objetivo de alcanzar una meta (Thompson, 1994). Esta definición es el punto de partida, ya que nos muestra la regulación como un proceso que ayuda a la persona a tener un manejo de sus estados emocionales, con este fin puede utilizar diferentes estrategias que llevan a este fin (Garrido, 2006).

En lo que se refiere a las adicciones, podemos concluir que, existiendo un mayor apego entre los hijos y los padres, mayor protección obtenemos ante el consumo de sustancias. Desde el planteamiento de la teoría, se podría proponer que un mayor apego reduce la vulnerabilidad frente a los problemas de salud y al abuso de sustancias (Becoña, 2014)

Los esquemas cognitivos son fundamentales, ya que a posteriori repercuten en la manera de relacionarse con el resto, así como en la manera de actuar, pensar y sentir. Si las primeras interacciones en la infancia son negativas, es decir, existen carencias, los esquemas se convertirán en desadaptativos, los cuales formarán patrones disfuncionales sobre uno mismo y sobre lo demás (Young et al., 2013). Para cada estilo de apego existe un esquema cognitivo.

Un apego seguro se relaciona con un esquema positivo, un apego ansioso está relacionado con esquemas negativos (Márquez et al., 2009). Los diferentes estilos de apego se han relacionado con el consumo de sustancias, en el estudio de Kostecky (2005), se determinó que los adolescentes que consideran tener una relación sana de acercamiento con sus padres muestran un menor consumo de sustancias, mientras que adolescentes que perciben un apego inseguro con padres con estilo de apego ansioso o padres ambivalentes muestran un mayor consumo (Schindler et al., 2007)

2.3.5. *Análisis Estadístico*

Una vez que los datos de la investigación fueron codificados, se procedió a realizar un análisis de los mismos. Los datos obtenidos son de tipo cuantitativo, por lo que se escogió al programa Jamovi desarrollado por Love (et al. 2017), que es una interfaz gráfica o plataforma estadística abierta, que presenta algunas ventajas como son: es sencilla de usar, permite el acceso a las funciones y gráficos estadísticos más comunes, facilitando la realización de tareas complejas, es multisistema y multiplataforma y es fácilmente extensible y personalizable. Se han efectuado estudios como el de Ahmed y Muhammad (2021), que demuestran lo efectivo, amigable, sencillo y fácil de aprender que es el programa Jamovi.

Una vez que se seleccionó el programa a utilizar se evaluó las distribuciones y estadísticas de los ítems y se le indicó al programa como transformar y calcular los ítems en las variables de estudio (Sampieri et al. 2006)

La primera tarea que se desarrolló fue la descripción de los datos, esto a partir de la descripción de la distribución de las puntuaciones a frecuencias de cada variable, Se efectuó una medición de los niveles de confiabilidad de los instrumentos de medición a través de Coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach. El tipo de análisis estadístico que se utilizó fue el no paramétrico, ya que a partir del test de Shapiro Milk se determinó que la forma de distribución poblacional no es normal y las variables pueden estar medidas en un nivel de razón o intervalos (Sampieri et al. 2006).

Para analizar la relación entre las variables del estudio se usó el coeficiente de correlación de Spearman para datos no paramétricos, tal como nos indica en su estudio J Dagnino (2014) sobre Coeficiente de correlación de Person.

El análisis de la potencia predictiva de las variables se la ejecuto a través del modelo de regresión logística binaria, tomando como referencia el trabajo de Nick y Campbell (2007) Logistic regression, donde se indica que si se busca describir la relación predictiva entre una variable dependiente cualitativa y una variable independiente este modelo es el que se debe seguir. El modelo de regresión logística se usó para estudiar los efectos de las variables predictoras.

Para analizar las diferencias significativas entre las variables del estudio se recurrió a la prueba U de Mann Whitney, ya que es la alternativa no paramétrica a la comparación de dos promedios independientes y probar si son iguales o no tal como nos

lo describe en su trabajo Clasificación de pruebas no paramétricas. Como aplicarlas en SPSS de Silvente y Rubio (2012).

Con el fin de ejecutar la comparación entre dos variables se recurrió a la prueba de Kruskal Wallis tomando como referencia el trabajo Clasificación de pruebas no paramétricas de Silvente y Rubio (2012), donde nos indican que esta prueba es una extensión de la U de Mann Whitney siendo la alternativa a ANOVA de un factor y que se puede emplear para comprobar si existen diferencias significativas entre dos o más grupos independientes que no estén relacionados, la hipótesis nula probaría que las dos medias son iguales mientras que la hipótesis de trabajo es que las dos medias sean desiguales.

CAPÍTULO III

Marco Metodológico

3.1. Descripción del Grupo de Estudio

La muestra seleccionada es no probabilística intencional (Sampieri, 2006), esta muestra está compuesta por 130 internos de las comunidades terapéuticas de adultos en Imbabura (Centro A.F.A.R.I.; Clínica Resurge; Fundación Caminos de Fe; Centro M.I.R.A.; Centro Nueva Vida), los cuales poseen las siguientes características: Adultos varones comprendidos entre los 18 y los 65 años, que tienen por lo menos 10 días de internamiento, que poseen un consumo problemático de sustancias psicoactivas, que sepan leer y escribir y que no presenten déficits significativos en funciones como atención, memoria o funciones ejecutivas que interfieran en la aplicación de los cuestionarios

3.2. Enfoque y Tipo de Investigación

Para el presente trabajo investigativo se utilizó un diseño de investigación tipo cuantitativo, no experimental, transversal, correlacional. (Sampieri, 2006).

Tomando como referencia a Sampieri (2006), Podemos conceptualizar que esta investigación posee las características de un enfoque cuantitativo, ya que se usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en una medición numérica y análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, es no experimental, ya que no se pretende establecer el posible efecto de una causa que se manipula, es transversal, ya que recolectará datos en un solo momento y por último es correlacional porque se establece relaciones entre variables.

3.3. Procedimientos

Para la realización del presente trabajo, la recolección de datos se llevó a cabo dentro de cada una de las comunidades terapéuticas de adultos varones en Imbabura, en las salas de reuniones respectivas de cada comunidad terapéutica, donde para empezar con la recolección de datos se les explicó el fundamento de la investigación y sus

alcances; que esta es voluntaria, que los resultados son utilizados solo con fines científicos y que se guarda absoluta reserva sobre sus identidades.

Se realizó los acercamientos con los directores de las comunidades terapéuticas a través de contactos personales y oficios respectivos, donde se les explicó las ventajas terapéuticas del estudio y su aplicación, adicional a esto se les indicó que el resultado de la investigación está disponible para que sea empleada por los departamentos de psicología de sus respectivas comunidades terapéuticas.

3.4. Técnicas de Recolección

Para el presente trabajo investigativo se usó el *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) desarrollado por Humeniuk et al. (2011) versión 3.1. Bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los resultados de estudios muestran unas buenas propiedades psicométricas en la detección de distintos niveles de riesgo (Soto et al., 2014). La prueba se la ejecuta con lápiz y papel y debe ser suministrada por un profesional de salud, consta de 8 preguntas y en completar la prueba se demora de 5 a 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el grado de riesgo de consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodíacepinas), alucinógenos, opiáceos, otras drogas. El puntaje obtenido permite dar una clasificación a los sujetos según el nivel de riesgo, el puntaje final se obtiene por medio de la suma de los resultados de las preguntas de la 2 a la 7.

Asimismo, se utilizó el cuestionario de Esquemas de Young Versión Abreviada (CEY-VR, Abreviado; Young. 1994; Pauwels et al., 2018): el cual consta de 75 ítems donde se evalúan los mismos 15 esquemas disfuncionales tempranos que en su versión original. Tomando como referencia el estudio realizado por Glaser (et al. 2002), el cuestionario presenta una buena validez de constructo, la cual se equipará con la versión extensa del CEY.

Como conclusión se puede decir que, el CEY versión abreviada se presenta como una herramienta de validez comprobada y económica de evaluar los esquemas disfuncionales tempranos propuestos por Young (1999). Cada pregunta es evaluada por el paciente en términos de intensidad en una escala del 1 (“totalmente falso”) al 6 (“me describe perfectamente”). Son consideradas puntuaciones significativas aquellas que se

encuentran entre 5 y 6 (se les asigna un punto). Cada esquema es medido por 5 preguntas, siendo el máximo puntaje 5. Las puntuaciones significativas por esquema son a partir de dos. El cálculo de las puntuaciones significativas va a contribuir a determinar la intensidad del esquema disfuncional temprano (EDT) además de la patología del Eje II y de dar cierta especificidad.

El siguiente cuestionario que se utilizó es el CAMIR-R (Balluerka et al., 2011), el cual es una versión reducida del instrumento original CAMIR (Pierrehumbert et al., 1996), mismo que tiene como base las valoraciones que el sujeto obtiene de sus experiencias de apego presentes y pasadas y sobre la manera de funcionar de su familia. Consta de 32 ítems que el participante debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 = De acuerdo; 5 = Totalmente de acuerdo). Se necesitan aproximadamente 15-20 minutos para completar el test. El CAMIR-R (Balluerka et al., 2011) consta de una adecuada consistencia interna y validez factorial, se encuentra a libre disposición de los investigadores y de los profesionales, se han desarrollado estudios para su validación como el de Rodríguez (2019), lo que resulta muy útil para evaluar las representaciones de apego y de la estructura familiar mediante una administración más rápida y sencilla que la que permite el test original.

A más de los instrumentos de medición ya explicados, se realizó una encuesta socio-demográfica de 10 preguntas donde se buscó obtener información en aspectos como nivel educativo, situación laboral, lugar de residencia, estado civil, identificación étnica, si practica algún tipo de religión, si practica algún tipo de deporte y a que rango de edad pertenece.

CAPITULO IV

4. Resultados

Se presenta los resultados de las variables socio demográficas, de las variables de apego y de los esquemas disfuncionales tempranos que se ha obtenido a través de la aplicación de los cuestionarios de datos socio demográficos, el cuestionario de detección de consumo problemático de sustancias (OMS Assist), el cuestionario que mide las representaciones de apego (CAMIR-R), y el cuestionario de esquemas de Young versión reducida (CEY-VR), se efectuaron análisis descriptivos como correlaciones de las variables de estudio.

Los datos recogidos a los 130 participantes fueron introducidos a una hoja de Excel y luego exportados al programa estadístico JAMOVI versión 2.2.5

4.1. Datos Socio demográficos

Empezaremos con el análisis estadístico de los datos socio demográficos que se han obtenido con los cuestionarios aplicados en la muestra seleccionada (N:130), donde se determina en la tabla 1 que, 53.2 % no posee casa propia frente a un 46.8 % que si posee casa.

De igual forma, se obtuvo información con respecto a la formación académica de los internos en los centros de tratamiento, donde se observa que no poseen estudios de ninguna clase un 4.9 %, han cursado la primaria un 20.3 %, tienen la secundaria completa un 55.3 % y poseen estudios de nivel superior un 19.5 %.

Referente a las ciudades de origen de los participantes, los datos obtenidos en el estudio nos brindan información plasmada en tabla 1, donde podemos apreciar que de la ciudad de Ibarra son la mayoría de los internos, lo que representa un 50 % del total de la muestra seguido de 16.1 % de la ciudad de Quito, un 11.3 % de la ciudad de Otavalo, un 8.1 % de la ciudad de Cayambe, un 4 % de la ciudad de Pimampiro, un 2.4 % de la ciudad de Atuntaqui entre los más representativos.

Otro de los datos obtenidos con el estudio sobre la muestra es la situación civil

de los participantes, donde de acuerdo con la tabla observamos que la mayoría de la muestra son solteros, lo que representa un 73.4 %, seguido 13.8 % de casados, un 8.9 % divorciados y un 4 % viudos.

Respecto a los rangos étnicos de la muestra, podemos observar que la mayoría de los participantes, un 71 % se consideran mestizos, seguidos por un 17 % que se perciben como blancos, un 6 % de participantes se consideran indígenas y un 6 % de internos se perciben como negros.

Los datos obtenidos en lo referente a la actividad física de los participantes nos muestran que, del total de la muestra, un 72.8 % practica algún tipo de deporte, es decir, la mayoría, mientras que no realiza ninguna actividad física un 28.2 % del total de la muestra.

De igual forma, se obtuvo información sobre la creencia religiosa de los participantes en el estudio, obteniendo que la mayoría de los internos que son parte de la muestra de estudio, un 65.3 % se consideran parte de una religión y un 43.7 % no tienen una religión específica.

Respecto a los datos obtenidos en el ambiente laboral de la muestra de estudio, se puede observar en el gráfico correspondiente que el mayor porcentaje de internos no tiene un trabajo, es decir, un 50 %, seguido de un 17.7 % de internos que tiene un trabajo temporal y un 32.3 % que mantiene un trabajo fijo.

En lo referente a la edad de la muestra de estudio seleccionado, está comprendida entre los 18 años como edad mínima y los 67 años como edad máxima, se observa que del total de la muestra el mayor porcentaje se ubica en el rango de los 20 años de edad, es decir un 8.8 %, seguido de un 7.2 % con 18 años y un 6.4 % con 27 años, como los porcentajes más significativos.

Tabla 1*Distribución socio demográfica de la muestra estudiada. (N: 130)*

Frecuencia de CASA PROPIA

Niveles	Cuentas	% of Total
SI	58	46.8 %
NO	66	53.2 %

Frecuencia de INSTRUCCION

Niveles	Cuentas	% of Total
SIN ESTUDIOS	6	4.9 %
PRIMARIA	25	20.3 %
SECUNDARIA	68	55.3 %
SUPERIOR	24	19.5 %

Frecuencia de LUGAR RESIDENCIA

Niveles	Cuentas	% of Total
IBARRA	62	50.0 %
AMBATO	3	2.4 %
QUITO	20	16.1 %
PIMAMPIRO	5	4.0 %
OTAVALO	14	11.3 %
CAYAMBE	10	8.1 %
TULCAN	2	1.6 %
ATUNTAQUI	3	2.4 %
IPIALES	1	0.8 %
BOGOTA	1	0.8 %
GALAPAGOS	1	0.8 %
PASTO	1	0.8 %
ARCHIDONA	1	0.8 %

Frecuencia de ESTADO CIVIL

Niveles	Cuentas	% of Total
DIVORCIADO	11	8.9 %
CASADO	17	13.7 %
SOLTERO	91	73.4 %

VIUDO	5	4.0 %
-------	---	-------

Frecuencia de GRUPO ETNICO

Niveles	Cuentas	% of Total
OTRO	8	6.5 %
MESTIZO	88	71.0 %
BLANCO	21	16.9 %
INDIGENA	7	5.6 %

Frecuencia de DEPORTE

Niveles	Cuentas	% of Total
SI	89	71.8 %
NO	35	28.2 %

Frecuencia de RELIGION

Niveles	Cuentas	% of Total
SI	81	65.3 %
NO	43	34.7 %

Frecuencia de TRABAJO

Niveles	Cuentas	% of Total
FIJO	40	32.3 %
DESEMPLEO	62	50.0 %
TEMPORAL	22	17.7 %

Descriptivo de Edad

	N	Mean
EDAD	130	30.7

4.2. Estadísticos Descriptivos

4.2.1. Estadístico Descriptivo de Consumo de Sustancias

En la tabla 2 de estadísticos descriptivos de consumo de sustancias encontramos que, el puntaje más significativo lo obtiene el consumo de alcohol con un porcentaje del 39%, seguido del consumo de cocaína con un porcentaje de consumo del 28%, otro puntaje significativo es el de consumo de cannabis con un porcentaje del 23%, las sustancias de consumo que menor puntaje obtuvieron fueron anfetaminas e inhalantes con un porcentaje del 1%.

Tabla 2

Estadístico descriptivo consumo sustancias

Descriptivos			
	N	Media	SD
SEDANTES	130	0.446	3.58
INHALANTES	130	0.223	2.54
COCAINA	130	8.500	14.17
CANNABIS	130	7.338	13.56
ALCOHOL	130	11.623	15.11
TABACO	130	1.600	6.75

Descriptivos		
	N	% of Total
tabaco	7	6%
alcohol	49	39%
cannabis	29	23%
cocaína	36	28%
anfetamina	1	1%
inhalantes	1	1%
sedantes	2	2%
alucinógenos	2	2%

4.2.2. Estadístico de Frecuencias de Consumo

De acuerdo a la tabla 3 de frecuencias de consumo problemático y consumo moderado de sustancias en la muestra seleccionada, encontramos que el consumo problemático tiene un 64.1% de la muestra total, mientras que el consumo moderado alcanza un 35.9%.

Tabla 3

Frecuencias de consumo de sustancias

Niveles	Cuentas	% of Total
Consumo problemático	82	64.1 %
Consumo moderado	46	35.9 %

4.2.3. Estadístico Descriptivo Esquemas Disfuncionales

En la tabla 4 de estadísticos descriptivos de los esquemas disfuncionales encontramos los puntajes más significativos en los esquemas de metas inalcanzables (M=17.0) la cual forma parte de la dimensión hipervigilancia e inhibición, donde existe la creencia profunda de que hay que esforzarse por alcanzar los estándares internos de conducta y rendimientos muy elevados con el fin de evitar las críticas, el esquema de abandono /inestabilidad (M=16.6), que forma parte de la dimensión desconexión y rechazo, la cual se refiere a la creencia de que los demás no pueden darnos un apoyo fiable, una percepción de inestabilidad o de poca seguridad en relación con los demás, el otro esquema que tiene puntajes significativos es la de auto sacrificio (M=16.3) el cual pertenece a la dimensión de tendencia hacia el otro, donde la persona es excesivamente centrado en forma voluntaria a las necesidades de los demás en lo cotidiano a expensas de su propio beneficio o gratificación. De igual forma se encontraron puntajes altos en los esquemas de grandiosidad (M=14.8) la que pertenece a la dimensión de límites insuficientes en donde encontramos de la superioridad de la

persona sobre los demás que le da derecho a tener privilegios especiales sobre los demás o no tener que ser regido por las reglas que guían la interacción social. En los esquemas donde no se encontró mayor presencia están dependencia /abuso (M= 10.2) que corresponde a la dimensión de trastornos de autonomía y rendimiento donde impera la creencia de que uno es incapaz de realizar sus responsabilidades cotidianas en forma competente, sin considerar la ayuda de los demás.

Tabla 4
Estadísticos descriptivos esquemas disfuncionales

Descriptivos			
	N	Media	SD
Privación emocional	130	13.5	6.14
Abandono/inestabilidad	130	16.6	7.54
Desconfianza/abuso	130	14.7	6.56
Aislamiento	130	12.8	6.73
Imperfección	130	11.3	5.69
Fracaso	130	10.7	5.88
Dependencia/Incompetencia	130	10.2	5.95
Vulnerabilidad daño/Enfermedad	130	15.0	7.25
Apego	130	13.3	6.48
Subyugación	130	12.9	6.27
Autosacrificio	130	16.3	7.59
Inhibición emocional	130	13.8	7.48
Metas inalcanzables	130	17.0	7.87
Grandiosidad	130	14.8	7.14
Insuficiente autocontrol	130	13.9	7.19

4.2.4. Estadísticos de las Puntuaciones Totales Máximas por Esquema

En la Tabla 5, se muestra las puntuaciones totales máximas por esquema (se consideran altas puntuaciones a partir del número 20 de la puntuación total por esquema, según la tabla de corrección del instrumento), a partir de estas puntuaciones totales se evidencia los esquemas que se encuentran activos en la muestra de estudio, en donde podemos identificar que el esquema de metas inalcanzables alcanza el puntaje total más

alto P=55, siendo el esquema disfuncional activo que mayor puntaje obtiene; el siguiente esquema disfuncional activo en alcanzar un puntaje significativo es el de abandono/inestabilidad con un puntaje de P= 50 y por último el esquema disfuncional que está activo en la muestra que presenta un puntaje significativo es el de auto sacrificio con un puntaje total de P= 46.

Tabla 5

Puntuación total máxima por esquema

	Descriptivos		
	N	Mínimo	Máximo
Privación emocional	23	20.0	27.0
Abandono/inestabilidad	50	20.0	30.0
Desconfianza/abuso	33	20.0	30.0
Aislamiento	22	20.0	30.0
Imperfección	9	20.0	30.0
Fracaso	11	20.0	30.0
Dependencia/Incompetencia	12	20.0	30.0
Vulnerabilidad daño/Enfermedad	36	20.0	30.0
Apego	21	20.0	30.0
Subyugación	18	20.0	30.0
Autosacrificio	46	20.0	30.0
Inhibición emocional	32	20.0	30.0
Metas inalcanzables	55	20.0	30.0
Grandiosidad	36	20.0	30.0
Insuficiente autocontrol	30	20.0	30.0

4.2.5. Estadísticos Descriptivos de las Dimensiones de Apego

En la tabla 6 encontramos los estadísticos descriptivos de las dimensiones de apego obtenidas con los factores del test CAMIR-R, donde los puntajes más significativos los tiene la dimensión de apego inseguro/preocupado (M=31.5), Mikulincer (2003) nos indica que en esta dimensión se puede encontrar una baja evitación y una alta ansiedad, inseguridad en el apego, una necesidad de cercanía, preocupaciones constantes en lo referente a las relaciones y un marcado miedo a ser

rechazado. La siguiente dimensión que obtuvo puntajes significativos fue la de apego seguro (M= 25.0), Mikulincer, Shaver y Pereg (2003) indican que en esta dimensión se presenta baja evitación y ansiedad, se sienten cómodos en la cercanía y en la independencia tienen confianza en la búsqueda de apoyo y formas constructivas de afrontamiento frente al estrés. Por último, la dimensión de apego inseguro/evitativo (M= 11.4), Mikulincer (2003), donde se evidencia una falta de seguridad en el apego, presenta una autosuficiencia compulsiva y prefiere una distancia emocional de los otros y aunque no refiera ansiedad los síntomas fisiológicos muestran que sufre un alto nivel de ansiedad.

Tabla 6
Estadísticos descriptivos dimensiones de apego

Descriptivo			
	N	Media	SD
APEGO SEGURO/	130	25.0	7.03
APEGO PREOCUPADO/	130	31.5	9.67
APEGO EVITATIVO/	130	11.4	4.13

4.3. Nivel de Confiabilidad

4.3.1. Nivel de Confiabilidad Instrumento CAMIR-R

En lo que respecta a la confiabilidad del instrumento de medición CAMIR-R, tal y como nos muestra la Tabla 7 tenemos valores que nos sugieren una confiabilidad aceptable en las siete categorías de medición del test CAMIR-R, lo que nos da la validez del constructo.

Tabla 7
Confiabilidad test CAMIR-R

CATEGORIA	Cronbach's α
SEGURIDAD	0.863
PREOCUPACION FAMILIAR	0.835
INTERFERENCIA PADRES	0.836
VALOR AUTORIDAD PADRES	0.832
PERMISIVIDAD PARENTAL	0.854
AUTOSUFICIENCIA RENCOR	0.836
TRAUMATISMO INFANTIL	0.853

4.3.2. Nivel Confiabilidad Test de Esquemas de Young CEY-VR

Para el test de esquemas de Young los datos obtenidos se muestran en la Tabla 8 de confiabilidad, donde obtenemos una confiabilidad regular en las categorías de imperfección, apego, subyugación y grandiosidad, mientras que en las demás categorías encontramos una confiabilidad aceptable.

Tabla 8
Confiabilidad test CEY-VR

CATEGORIA	Cronbach's α
PRIVACION EMOCIONAL	0.710
ABANDONO INESTABILIDAD	0.834
DESCONFIANZA ABUSO	0.757
AISLAMIENTO	0.784
IMPERFECCIÓN	0.676
FRACASO	0.760
DEPENDENCIA /INCOMPETENCIA	0.740
VULNERABILIDAD DAÑO /ENFERMEDAD	0.777
APEGO	0.507
SUBYUGACIÓN	0.645
AUTOSACRIFICIO	0.775
INHIBICIÓN EMOCIONAL	0.800
METAS INALCANZABLES	0.757
GRANDIOSIDAD	0.696
INSUFICIENTE AUTOCONTROL	0.739

4.4. *Relación Entre los Esquemas Disfuncionales Tempranos y el Apego*

4.4.1. *Correlación Esquemas Disfuncionales y las Dimensiones de Apego*

En la tabla 9, se muestran los resultados obtenidos en la correlación entre los esquemas disfuncionales tempranos y las dimensiones de apego. Entre las correlaciones que se han obtenido y que presentan una fuerte evidencia ($<.001$), tenemos la correlación entre el apego preocupado con el esquema de abandono/inestabilidad (0.317) y con el esquema de vulnerabilidad al daño/enfermedad (0.299). La correlación del apego evitativo con los esquemas de privación emocional (0.366), el esquema de desconfianza/abuso (0.342), el esquema de aislamiento (0.355), el esquema de dependencia incompetencia (0.289), el esquema de vulnerabilidad al daño/enfermedad (0.361).

Las correlaciones que presentan una evidencia media ($<.01$) son entre el apego seguro y el esquema metas inalcanzables (0.267), entre el apego preocupado y el esquema de desconfianza /abuso (0.259), el esquema de aislamiento (0.237), entre el apego evitativo y el esquema de imperfección (0.276), el esquema de subyugación (0.241), el esquema de inhibición emocional (0.229).

Las correlaciones que presentan una evidencia leve ($>.05$), son entre las dimensiones del apego seguro con el esquema privación emocional (-0.210), entre las dimensiones del apego preocupado con el esquema de imperfección (0.173), el esquema de fracaso (0.175), el esquema de dependencia /incompetencia (0.189), el esquema de subyugación (0.203), el esquema de auto sacrificio (0.191) y el esquema de metas inalcanzables (0.190), entre las dimensiones del apego evitativo con el esquema de fracaso (0.195), el esquema de apego (0.205), el esquema de auto sacrificio (0.211), el esquema de grandiosidad (0.177), y el esquema de insuficiente autocontrol (0.175).

Tabla 9*Matriz de Correlación*

	APEGO SEGURO/	APEGO PREOCUPADO/	APEGO EVITATIVO/
Privación emocional	-0.210 *	0.149	0.366 ***
Abandono/inestabilidad	0.055	0.317 ***	0.140
Desconfianza/abuso	0.039	0.259 **	0.342 ***
Aislamiento	-0.132	0.237 **	0.335 ***
Imperfección	0.049	0.173 *	0.276 **
Fracaso	-0.037	0.175 *	0.195 *
Dependencia/Incompetencia	0.058	0.189 *	0.289 ***
Vulnerabilidad daño/Enfermedad	-0.021	0.299 ***	0.361 ***
Apego	-0.051	0.163	0.205 *
Subyugación	-0.085	0.203 *	0.241 **
Autosacrificio	-0.052	0.191 *	0.211 *
Inhibición emocional	0.005	0.169	0.229 **
Metas inalcanzables	0.267 **	0.190 *	0.119
Grandiosidad	0.023	0.168	0.177 *
Insuficiente autocontrol	0.024	0.142	0.175 *

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4.5. Relación Entre las Dimensiones de Apego, los esquemas disfuncionales tempranos y el Riesgo de Consumo problemático de Sustancias

Los datos obtenidos en la tabla 10 nos muestran la existencia de una relación leve ($>.05$), entre el riesgo de consumo de sustancias y el esquema disfuncional de desconfianza/ abuso (0.184), y entre el riesgo de consumo de sustancias y el esquema disfuncional de apego (0.180)

Tabla 10

Matriz de Correlaciones

	Riesgo Consumo sustancias
Privación emocional	0.091
Abandono/inestabilidad	0.074
Desconfianza/abuso	0.141
Aislamiento	0.184 *
Imperfección	0.092
Fracaso	0.064
Dependencia/Incompetencia	0.070
Vulnerabilidad daño/Enfermedad	0.025
Apego	0.040
Subyugación	0.180 *
Autosacrificio	0.063
Inhibición emocional	0.100
Metas inalcanzables	-0.020
Grandiosidad	-0.037
Insuficiente autocontrol	0.121
Apego seguro	-0.030
Apego preocupado	0.101
Apego evitativo	-0.096

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4.6. Modelos Predictivos

Para la variable predictiva consumo problemático, se utilizó el modelo de regresión logística binaria, siendo la variable dependiente el consumo sustancias, y donde se determinó los siguientes esquemas disfuncionales como predictores estadísticamente significativos tal como se muestra en la tabla 11; el esquema de Insuficiente autocontrol ($Z = -2.04$, $p = 0.041$), el esquema disfuncional de Grandiosidad ($Z = 2.51$, $p = 0.012$) y el esquema disfuncional de desconfianza abuso ($Z = -2.05$, $p = 0.040$), en lo que respecta a las dimensiones de apego, los datos no resultaron estadísticamente significativos.

Tabla 11*Medidas de ajuste del modelo*

Modelo	Desviación	AIC	R ² _{McF}
1	157	165	0.0625

Coeficientes del modelo - Consumo sustancias

Predictor	Estimado	SE	Z	p
Intercept	1.2113	0.5330	2.27	0.023
Insuficiente autocontrol	-0.0766	0.0375	-2.04	0.041
Grandiosidad	0.1031	0.0411	2.51	0.012
Desconfianza/abuso	-0.0713	0.0347	-2.05	0.040

Note. Estimaciones representan el logaritmo de probabilidad de "Consumo sustancias = 1" vs. "Consumo sustancias = 0"

4.7. Diferencias Entre la Severidad de Consumo Problemático y los Diferentes Esquemas Disfuncionales Tempranos

Al realizar un análisis de los datos de la tabla 12 comprobamos que los esquemas disfuncionales no presentan diferencias estadísticamente significativas frente al consumo problemático de sustancias.

Tabla 12*Diferencias consumo problemático y esquemas disfuncionales*

Prueba T de Muestras Independientes

		Estadística	p
Privación emocional	Mann-Whitney U	351	0.450
Abandono/inestabilidad	Mann-Whitney U	396	0.777
Desconfianza/abuso	Mann-Whitney U	290	0.161
Aislamiento	Mann-Whitney U	421	0.983

 Prueba T de Muestras Independientes

		Estadística	p
Imperfección	Mann-Whitney U	344	0.406
Fracaso	Mann-Whitney U	393	0.752
Dependencia/Incompetencia	Mann-Whitney U	307	0.219
Vulnerabilidad daño/Enfermedad	Mann-Whitney U	316	0.261
Apego	Mann-Whitney U	308	0.225
Subyugación	Mann-Whitney U	402	0.821
Autosacrificio	Mann-Whitney U	412	0.908
Inhibición emocional	Mann-Whitney U	383	0.671
Metas inalcanzables	Mann-Whitney U	390	0.729
Grandiosidad	Mann-Whitney U	393	0.749
Insuficiente autocontrol	Mann-Whitney U	330	0.329

Descriptivo de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	SD	SE
Privación emocional	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	13.7	13.0	5.94	0.540
	NO PROBLEMÁTICO	7	10.86	15.00	9.03	3.41
Abandono/inestabilidad	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	16.7	17.0	7.32	0.665
	NO PROBLEMÁTICO	7	15.00	18.00	10.65	4.02
Desconfianza/abuso	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	14.9	14.0	6.39	0.581
	NO PROBLEMÁTICO	7	10.00	12.00	8.85	3.35
Aislamiento	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	12.9	12.0	6.58	0.599
	NO PROBLEMÁTICO	7	12.29	14.00	10.05	3.80
Imperfección	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	11.5	11.0	5.67	0.515
	NO PROBLEMÁTICO	7	8.71	11.00	6.58	2.49
Fracaso	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	10.8	10.0	5.83	0.530
	NO PROBLEMÁTICO	7	9.29	10.00	7.39	2.79
Dependencia/Incompetencia	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	10.5	10.0	5.90	0.537
	NO PROBLEMÁTICO	7	7.43	7.00	6.75	2.55
Vulnerabilidad daño/Enfermedad	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	15.0	15.0	7.04	0.640
	NO PROBLEMÁTICO	7	11.57	9.00	10.60	4.01
Apego	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	13.3	13.0	6.30	0.572
	NO PROBLEMÁTICO	7	10.57	9.00	8.46	3.20
Subyugación	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	12.9	13.0	6.02	0.547
	NO PROBLEMÁTICO	7	13.29	13.00	10.80	4.08

Descriptivo de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	SD	SE
Autosacrificio	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	16.4	16.0	7.35	0.669
	NO PROBLEMÁTICO	7	16.00	19.00	11.62	4.39
Inhibición emocional	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	13.9	13.0	7.41	0.674
	NO PROBLEMÁTICO	7	12.00	11.00	9.83	3.72
Metas inalcanzables	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	16.9	17.0	7.69	0.699
	NO PROBLEMÁTICO	7	16.29	22.00	11.54	4.36
Grandiosidad	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	15.0	16.0	7.11	0.647
	NO PROBLEMÁTICO	7	12.71	17.00	8.86	3.35
Insuficiente autocontrol	CONSUMO PROBLEMÁTICO	121	13.8	13.0	7.11	0.647
	NO PROBLEMÁTICO	7	15.86	22.00	9.70	3.67

4.8. *Diferencias Significativas Entre el Consumo Problemático y las Dimensiones del Apego*

Analizando los datos obtenidos en la tabla 13 verificamos las hipótesis formuladas, donde las dimensiones del apego no presentan diferencias estadísticamente significativas frente al consumo de sustancias

Tabla 13

Diferencias consumo problemático y dimensiones del apego

Prueba T de Muestras Independientes						
				Estadística		p
APEGO SEGURO/		Mann-Whitney U		297		0.186
APEGO PREOCUPADO/		Mann-Whitney U		376		0.622
APEGO EVITATIVO/		Mann-Whitney U		247		0.064

Descriptivo de Grupo						
	Grupo	N	Media	Mediana	SD	SE
APEGO SEGURO/	CONSUMO MODERADO	7	21.57	22.00	9.32	3.52
	CONSUMO PROBLEMA	121	25.1	26.0	6.89	0.627
APEGO PREOCUPADO/	CONSUMO MODERADO	7	27.57	33.00	13.28	5.02
	CONSUMO PROBLEMA	121	31.7	34.0	9.52	0.866
APEGO EVITATIVO/	CONSUMO MODERADO	7	7.86	9.00	5.87	2.22
	CONSUMO PROBLEMA	121	11.6	12.0	3.98	0.362

4.9. Comparación de las Dimensiones del Apego Según los Esquemas Disfuncionales Activos

Con respecto a la comparación de las dimensiones del apego y los esquemas disfuncionales activos en la muestra, en la tabla 14 encontramos los datos que nos indican que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ya que los datos superan el $p= 0.05$

Tabla 14

Comparación dimensiones apego y esquemas disfuncionales

Kruskal-Wallis

	χ^2	gl	p
Privación emocional	3.518	3	0.318
Abandono/inestabilidad	6.153	3	0.104
Desconfianza/abuso	3.735	3	0.292
Aislamiento	0.608	3	0.895
Imperfección	1.437	3	0.697
Fracaso	1.196	3	0.754
Dependencia/Incompetencia	1.595	3	0.661
Vulnerabilidad daño/Enfermedad	2.186	3	0.535
Apego	1.319	3	0.725
Subyugación	3.167	3	0.367
Autosacrificio	1.192	3	0.755
Inhibición emocional	1.426	3	0.699
Metas inalcanzables	5.361	3	0.147
Grandiosidad	0.241	3	0.971
Insuficiente autocontrol	3.870	3	0.276

5. Discusión

El objetivo general de este estudio fue el identificar la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos, el apego y la adicción a sustancias psicoactivas en los internos en comunidades terapéuticas de adultos en Imbabura, por lo que se hizo una evaluación y descripción de cada una de las variables de forma independiente y se realizó un análisis correlacional, una comparación entre variables y su nivel predictivo para identificar la relación existente entre ellas. A continuación, se realiza la discusión de los principales hallazgos de esta investigación.

El primer objetivo de este estudio consistió en describir el consumo problemático, el apego y los esquemas disfuncionales tempranos en los internos de las comunidades terapéuticas, esto se ejecutó a través del cuestionario OMS ASSIST, el cuestionario de esquemas de Young y el cuestionario que mide las representaciones del apego CAMIR-R, los cuales presentaron unas adecuadas propiedades psicométricas de confiabilidad (consistencia interna).

Los resultados han mostrado un consumo problemático en la muestra seleccionada, donde los datos significativos los obtiene el consumo de alcohol (39%) y el consumo de cannabis (23%). Estos datos coinciden con los datos obtenidos en otros trabajos investigativos y recolección de datos estadísticos, (Statista, 2022), GDS 2021 Global Report, donde se determina que el alcohol fue la droga más utilizada antes y durante la pandemia, consumida por más de nueve de cada diez encuestados. Le siguió el cannabis THC (tetrahidrocannabinol).

En cuanto a los esquemas disfuncionales tempranos que se encontró en la muestra destacan la categoría de metas inalcanzables, relacionado con la necesidad de actuación perfecta donde se establecen estándares inflexibles para el mismo y para los demás, ya que la valoración de los otros es de suma importancia y de gran preocupación su desaprobación lo que resulta en conductas que evitan acciones que resulten en un resentimiento o percibidas como fallas frente a los demás, esto se traduce en el establecimiento de estándares muy altos y poco realistas que se perciben como un desastre si no se alcanzan, como resultado pueden usar estrategias de afrontamiento desadaptativas como el abuso de sustancias para manejar estas emociones. Este hallazgo concuerda con el estudio de Zamirinejad (2018), donde determino que el esquema de metas inalcanzables obtuvo los puntajes más altos entre los usuarios de opioides y que las personas con este esquema activo por lo general sienten la necesidad de alcanzar

estándares muy altos y lo hacen para evitar la desaprobación y vergüenza.

El siguiente esquema activo encontrado en el estudio es el de abandono/inestabilidad, característica de las personas que no toleran el rechazo, el sentirse solos o el ser abandonados, por lo que los vuelve vulnerables al consumo problemático, ya que tienen la creencia de no poder ser felices si no son queridos, y el consumo es una forma de evitación de esa creencia. Esto concuerda con lo expuesto en el trabajo de Gantiva (2010), donde se encontró que entre las medias de los esquemas activos en la muestra se destacan en su estudio el esquema de abandono, el cual es característico entre las personas que no logran soportar el rechazo, la soledad, siendo por esto más vulnerables a consumir alcohol.

El siguiente esquema disfuncional encontrado es la vulnerabilidad al daño/enfermedad, donde las personas poseen un miedo exagerado a que una fortuita catástrofe puede ocurrir en cualquier momento y que no va a ser capaz de prevenirla, este dato concuerda con lo encontrado en el trabajo de Santana et al. (2022) que nos indica que entre los esquemas activos dentro de la muestra de la comunidad terapéutica penitenciaria está el de vulnerabilidad al daño con un 16.7 % del total de la muestra.

El último esquema disfuncional que obtuvo puntajes significativos es el de auto sacrificio/inestabilidad, similar hallazgo obtuvo en su estudio Santana et al. (2022), en su trabajo investigativo sobre la depresión y los esquemas mal adaptativos tempranos asociados al consumo de drogas en usuarios de una comunidad terapéutica intra penitenciaria, donde las personas se caracterizan por realizar todos sus esfuerzos en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de los demás sin pensar en las propias, este esquema propicia el apareamiento de estados de ánimo bajos que resultan en emociones negativas las cuales se pueden afrontar a corto plazo con el consumo de sustancias como método de evitación o forma de escape.

En cuando a las dimensiones de apego, se ha encontrado que la dimensión de apego inseguro preocupado, es la que mayor porcentaje obtiene en la muestra, seguido de la dimensión de apego seguro y por último la dimensión de apego inseguro evitativo, esto concuerda con lo señalado por Pierrehumbert et al. (2002), donde nos indica que la regulación de las emociones junto a un apego inseguro le dificulta a un individuo controlar su ansiedad y puede llevarlo a regular esto por medio del consumo de sustancias.

El segundo objetivo buscado con esta investigación fue el de identificar la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos, las dimensiones del apego y el

consumo problemático de sustancias, un elemento que cabe mencionar es que la mayoría de asociaciones fueron positivas, es decir que a mayor número de esquemas disfuncionales mayor número de dimensiones del apego inseguro tanto preocupado como evitativo, solo en la dimensión del apego seguro el esquema de privación emocional obtiene una correlación negativa significativa, lo que nos indicaría que a mayor apego seguro menor esquema de privación emocional.

Las correlaciones que mayor evidencia muestran son las que se realizan entre las dimensiones del apego inseguro con los esquemas de abandono, privación emocional, desconfianza, aislamiento, dependencia y vulnerabilidad al daño, lo cual puede ser comprendido considerando que estas escalas muestran procesos des adaptativos en el ámbito de la regulación emocional, lo que explicaría que la persona presente conductas problema en los diferentes esferas de funcionamiento ya sea conductual, afectivo o cognitivo tal como nos lo expone Galán (2019). Existen algunos estudios que muestran una relación entre los trastornos del apego y mayor riesgo de sufrir algún tipo de psicopatología como trastornos de ansiedad, depresión o adicciones (Gaschler, 2013).

Cuando una relación de apego ha funcionado mal, tal como nos expone Galán (2019), la persona presenta problemas en los diferentes ámbitos de funcionamiento, ya sea conductual, afectivo o cognitivo, por lo que una intervención es necesaria para promover una mejor regulación de estos ámbitos.

En cuanto a la correlación entre las dimensiones del apego, los esquemas disfuncionales tempranos y el riesgo de consumo de sustancias, se encontraron datos estadísticamente poco significativos.

El siguiente objetivo de la investigación se centró en el análisis de la potencia predictiva de los esquemas disfuncionales, las dimensiones del apego y el consumo problemático donde los datos nos muestran que los esquemas de insuficiente autocontrol, de grandiosidad y el esquema de desconfianza abuso predicen estadísticamente el consumo problemático de sustancias, es decir que en los esquemas que muestran una falta de límites a los deseos y poca tolerancia a la frustración nos predicen un consumo problemático de sustancias, estos datos concuerdan con los datos obtenidos en el trabajo investigativo de Calvete (2009), donde se buscaba determinar el papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites.

El siguiente objetivo fue determinar si existe diferencias significativas entre el consumo problemático, con las dimensiones del apego y con los esquemas disfuncionales, con los datos obtenidos se concluye que no existen diferencias

significativas entre las mencionadas variables con los datos obtenidos con la muestra seleccionada.

6. Limitaciones

Podemos considerar que esta investigación realiza un aporte importante a los trabajos de sobre consumo problemático de sustancias en nuestro medio, más entre las limitaciones encontradas está que el tipo de estudio es de corte trasversal por lo que no se podría generalizar al resto de la población que no presente consumo problemático de sustancias

El estudio se realizó con una población de hombres mayores de edad internos en centros de tratamiento de la provincia de Imbabura, ya que no existen centros de tratamiento de mujeres y de adolescentes en la provincia, por lo que para llegar a generalizar los datos obtenidos en muestras similares se requeriría la realización de nuevas investigaciones que incluyan la población de mujeres y de adolescentes, lo que permitiría reforzar planes de prevención y tratamiento eficaces.

7. Conclusiones

- Tal y como hemos podido comprobar al efectuar el análisis de los resultados que se han obtenido con la investigación, tomando como base la hipótesis planteada se puede comprobar que los esquemas disfuncionales tempranos que están activos en la población de internos de los centros de tratamiento de adicciones son el esquema de metas inalcanzables, el esquema de abandono inestabilidad, el esquema de vulnerabilidad al daño y el esquema de auto sacrificio/ inestabilidad, llama la atención que de acuerdo a los esquemas existentes no exista una dimensión de esquemas disfuncionales que prevalezca sobre los demás, ya que encontramos dimensiones de separación rechazo, autonomía y desempeño/ deteriorados, orientación hacia los otros y la dimensión de sobre vigilancia e inhibición, sin mostrar mayor énfasis en alguna dimensión.

Al realizar un análisis de los resultados sobre las dimensiones del apego se ha podido concluir que la dimensión del apego que predomina en la población

estudiada es el de apego inseguro preocupado, seguido del apego seguro y por último el apego inseguro evitativo, esto nos lleva a determinar que no existe una regulación emocional eficiente en la población estudiada, la cual busca medidas externas de control como son el consumo de sustancias para alcanzar dicha regulación.

Por lo que se ha ratificado la hipótesis planteada con respecto a la existencia de diferencias significativas entre los esquemas disfuncionales tempranos, los diferentes estilos de apego y el consumo de problemático de sustancias.

- El análisis de las correlaciones entre los esquemas disfuncionales tempranos y las dimensiones del apego muestran una asociación positiva, lo que indica una clara relación entre estas dos variables, la variable apego inseguro correlaciona con las dimensiones de los esquemas disfuncionales de separación y rechazo en donde la expectativa que las propias necesidades de defensa, seguridad, estabilidad, empatía, cuidado, compartir sentimientos, respeto no se van a llegar a satisfacer adecuadamente, y con las dimensiones de los esquemas de autonomía y desempeño deteriorados donde las expectativas del ambiente y de uno mismo interfieren con la percepción de habilidad de sobrevivir, y funcionar independientemente, toda esta información nos indica que la hipótesis planteada de que exista disponibilidad, apoyo de las figuras de apego y preocupación familiar tiene una relación negativa con la aparición de esquemas disfuncionales queda ratificada.
- La tercera hipótesis planteada sobre que la permisividad parental, traumatismo infantil, auto suficiencia y rencor hacia los padres tiene una relación positiva con el consumo de sustancias es una hipótesis nula, es decir que no se ha podido ratificar, ya que no se ha determinado una correlación estadísticamente significativa entre las dimensiones del apego, los esquemas disfuncionales con el consumo problemático, esto puede estar relacionado con las características de la muestra al ser una población de internos en centros de tratamiento que buscan en un principio minimizar el grado de consumo.
- La última hipótesis planteada sobre la existencia de una relación predictiva entre los esquemas disfuncionales tempranos, el apego y el consumo de sustancias se establece como verdadera, ya que, los datos analizados muestran que las dimensiones de los esquemas disfuncionales que predicen un consumo problemático son la de límites insuficientes que nos indica que existe una

deficiencia en los límites internos, en los objetivos a largo plazo, en las responsabilidades con el otro. Esto lleva a no respetar los derechos de los demás, no cooperar con ellos, no tener objetivos realistas personales. La otra dimensión de los esquemas disfuncionales con potencia predictiva hacia el consumo problemático de sustancias es la de separación y rechazo, que genera una expectativa de que no se va a poder satisfacer de manera eficiente las necesidades de estabilidad, de seguridad, defensa, cuidado, aceptación y respeto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adovasio, JM y Fry, GF (1976). Uso prehistórico de drogas psicotrópicas en el noreste de México y Trans-Pecos Texas. *Botánica económica*, 30 (1), 94-96.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/juridicasysoc-c/20190409042646/23.pdf>
- Ahmed, AA y Muhammad, RA Una revisión para principiantes del software estadístico Jamovi para la investigación económica.
- Albal, E., & Buzlu, S. (2021). The effect of maladaptive schemas and psychological flexibility approaches on the addiction severity of drug addicts. *Archives of psychiatric nursing*, 35(6), 617-624.
 DOI: [10.1016/j.apnu.2021.09.001](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.09.001)
- Alexander, B. K., Coombs, R. B., & Hadaway, P. F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58(2), 175-179. DOI: [10.1007/BF00426903](https://doi.org/10.1007/BF00426903)
- Aloi, M., Rania, M., Sacco, R., Basile, B., & Segura-Garcia, C. (2020). La versión breve del Young Schema Short Form 3 (YSQ-S3): ¿el nuevo modelo de cuatro dominios muestra el mejor ajuste? *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 36(2), 254–261. <https://doi.org/10.6018/analesps.343461>
- Andrade, P. y Betancur, D. (2008), Escala Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A), *Universidad Nacional Autónoma de México*, México D.F.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246– 256.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006>
- Apud Peláez, I. E. (2013). REPENSAR EL MÉTODO ETNOGRÁFICO. HACIA UNA ETNOGRAFÍA MULTITÉCNICA, REFLEXIVA Y ABIERTA AL DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO. ANTÍPODA. *Revista de antropología y arqueología*, (16), 215-235. <http://dx.doi.org/10.7440/antipoda16.2013.10>
- Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>
- Armsden, G. y Greenberg, M. (1987). El Inventario de Apego de Padres y Pares: Diferencias individuales y su relación con el bienestar psicológico en la adolescencia. *Revista de Juventud y Adolescencia*, 16(5), 427–454.
<https://doi.org/10.1007/BF02202939>

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Audit. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): *guidelines for use in primary care*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=CC1496F102C6BAD6F3B5BF70335692BD?sequence=1
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: OMS, 1-40.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331321>
- Bakhshi Bojed, F. y Nikmanesh, Z. (2013). Papel de los esquemas inadaptados tempranos en el potencial de adicción en la juventud. *Revista internacional de comportamientos de alto riesgo y adicción*, 2 (2), 72 – 76.
<https://doi.org/10.5812/ijhrba.10148>
- Balluerka, N., Lacasa Saludas, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 2011, vol. 23, num. 3, p. 486-494.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718925022>
- Bamelis, L., Evers, S., Spinhoven, P. y Arntz, A. (2014). *Results of a multicenter*.
<https://doi:10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Barbarias, O., Estévez, A., & Jáuregui, P. (2019). La dependencia emocional como factor mediador en la relación entre apego y el abuso de drogas y alcohol en jóvenes [Emotional dependence as a mediating factor in the relationship between addiction and drug and alcohol abuse in young people]. *Revista Española de Drogodependencias*, 1(44), 44-58.
https://www.aesed.com/upload/files/v44n1_art3.pdf
- Bautista, C. A. M. Esquemas Disfuncionales Tempranos en Consumidores de Sustancias Psicoactivas Internados en Comunidades Terapéuticas.
https://fade.usmp.edu.pe/sapere/ediciones/edicion_8/articulos/Esquemas_dis_Paula%20Gaido.pdf
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. y otros (2005). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Buenos Aires: *Paidós Ibérica*.
<https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/beck-terapia-cognitiva-de-los-trastornos-de-personalidad.pdf>
- Beck, A; Wright, F; Newman, C. y Liese, B. (1999) “Terapia cognitiva de las

- drogodependencias”. *Paidós Ibérica*, S.A
http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/REHABILITACIONDELASADICCIONESENERO/document/TERAPIA_COGNITIVA_DE_LAS_DROGODEPENDENCASI.pdf
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Pág. 15-16.
<https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 118-125. <https://papelesdelpsicologo.es/pdf/2696.pdf>
- Becoña, E., Fernández del Río, E., Calafat, A. y Fernández-Hermida, J.R. (2014). Apego y consumo de sustancias en la adolescencia: Una revisión de aspectos conceptuales y metodológicos. *Adicciones*, 26(1), 77-86.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.137>
- Botella, L., & Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 61(16), 77-104.
- Bowlby, J. (1989). Attachment and loss (Vol.1). Nueva York, NY: *Basic Books* (Trabajo original publicado en 1969).
- Bowlby, J. (1989). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: *Paidós*.
https://www.academia.edu/40439651/UNA_BASE_SEGURA_LA_TEORIA_D_EL_APEGO
- Calvete, E., & ESTÉVEZ, A. N. 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. <https://doi.org/10.20882/adicciones.251>
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). La forma abreviada del cuestionario de esquema. Estructura y relación con pensamientos automáticos y síntomas de trastornos afectivos. *Revista Europea de Evaluación Psicológica*, 21 (2), 90-99. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.2.90>
- Caplan SE. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*. 2002; 18(5):553-75. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(02\)00004-3](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(02)00004-3)
- Carmona, N. D. M., & Lever, J. P. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados

- al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 141-151.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546001>
- Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319.
<https://doi/10.1037//0022-3514.67.2.319>
- Castrillón D, Chaves L, Ferrer A, Londoño N, Maestre K, Marín, C et al. Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Rev Latinoam Psicol.* 2005;37(3):541-60.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537307>
- Chodkiewicz, J., & Gruszczyńska, E. (2018). Maladaptive schemas among people addicted to alcohol: heterogeneity but not specificity. *Alcohol and Alcoholism*, 53(6), 682-687. <https://doi:10.1093/alcalc/agy047>
- Cornellà-Font, M. G., Viñas-Poch, F., Juárez-López, J. R., & Malo-Cerrato, S. (2020). El riesgo de adicción: su prevalencia en la adolescencia y su relación con la seguridad del apego y el autoconcepto. *Clínica y salud*, 31(1), 21-25.
<https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a1>
- Dagnino, J. (2014). Coeficiente de correlación lineal de Pearson. *Chil Anest*, 43(1), 150-153.
<https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv43n02.15.pdf>
- De Sola Gutiérrez, J., Valladolid, G. R., & de Fonseca, F. R. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Salud y drogas*, 13(2), 145-155.
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83929573007.pdf>
- Del Castillo, J. A. G. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y drogas*, 15(1), 5-13.
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758001.pdf>
- Delgado, A. O., & Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
<https://diazatienza.es/revista/numero4/Apego.pdf>
- Espada Salado, Sheila; Fernández Rodríguez, Francisco; Laporte Puig, Mireia. Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas. En: *Revista*

Española de Drogodependencias, 2012, Vol. 37, No. 4: 449

<http://hdl.handle.net/10550/47595>

- Estévez, A., & Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 18(1), 23-43.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000100003
- Estévez, A., Chávez-Vera, M. D., Momeñe, J., Olave, L., & Iruarizaga, I. (2021). Role of attachment and early maladaptive schemas in the impulsive behaviour of adolescents. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 143-153.
<https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.16>
- Luckman, B. (1966). The social construction of reality. *A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Anchor. <http://perflensburg.se/Berger%20social-construction-of-reality.pdf>
- Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Hankin, B. L., & Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychological bulletin*, 144(5), 532.
<https://doi:10.1037/bul0000141>
- Friedman, D. P., & Rusche, S. (2018). False messengers: *How addictive drugs change the brain*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315273020>
- Galán, A. (2019). La dimensión clínica de la Teoría del Apego, ¿una promesa aún incumplida? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 33, 35-44. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>
- Gantiva Díaz, C. A., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., & Sastoque Ruiz, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas mal adaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2), 362-374. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447010>
- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud Y Drogas*, 15(1), 5-14.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83938758001>
- García-Pindado, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática*, 13, 39-48.
- Garrido, L., Satelices, M. P., Pierrehumbert, B., & Armijo, I. (2009). Chilean validation

- of the questionnaire of attachment evaluation in the adult CAMIR. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 81-98.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511492006>
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 493-507.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>
- Gaschler, K. (2013). El peso del apego temprano. *Mente y cerebro*, (60), 34-55.
- Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M., & Petrocelli, J. V. (2002). The early maladaptive schema questionnaire-short form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35(1), 2-13.
<https://doi:10.1080/07481756.2002.12069043>
- Guardia Serecigni, J., Segura García, L., & Gonzalbo Cirac, B. (2000). Aplicaciones de las técnicas de neuroimagen en las conductas adictivas. *Adicciones*, 12(3), 395–412. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/650>
- Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addictions: ¿is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00126-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00126-6)
- Hayes, SC, Strosahl, KD, Wilson, KG, Bissett, RT, Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, MA ve arca. (2004a). Medición de la evitación experiencial: una prueba preliminar de un modelo de trabajo. *Registro Psicológico*, 54, 553-578
<https://es.statista.com/grafico/26597/las-drogas-mas-consumidas-durante-la-pandemia/>
- Huerta R., R. E., Miljanovich, M., Aliaga, J., Campos, E., Ramírez, N., Delgado, E., Ramos, J., & Murillo, L. (2017). Esquemas disfuncionales tempranos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios, según carrera profesional de una universidad pública de la ciudad de Lima. *Revista De Investigación En Psicología*, 20(2), 309–326. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i2.14043>
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L. O., de Lacerda, R. B., Ling, W., ... & Vendetti, J. (2012). A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction*, 107(5), 957-966. <https://doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03740.x>
- Iglesias, E. B., del Río, E. F., Calafat, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2014). Apego y

consumo de sustancias en la adolescencia: Una revisión de aspectos conceptuales y metodológicos. *Adicciones*, 26(1), 77-86.

<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/137>

Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC: el consumo global aumenta a pesar de que el COVID-19 tiene un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas.

https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Institutos Nacionales de Salud; *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*. 2018.

<https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>

Kagan, J., Reznick, JS y Snidman, N. (1988). *Bases biológicas de la timidez infantil*. *Ciencia*, 240 (4849), 167-171.

<https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.3353713>

Khosravani, V., Alvani, A., & Seidisarouei, M. (2016). The relation of early maladaptive schemas and behavioral inhibition/approach systems to defense styles in abusers of synthetic drug: A cross-sectional study. *Journal of Substance use*, 21(6), 652-661. <https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1130184>

Khosravani, V., Mehdizadeh, A., Dortaj, A., Alvani, A. y Amirinezhad, A. (2017). Esquemas desadaptativos tempranos, inhibición conductual/sistemas de aproximación y estilos de defensa en abusadores de opiáceos, estimulantes y drogas de cannabis y sujetos sanos. *Revista de uso de sustancias*, 22 (3), 317-323. <https://doi.org/10.1080/14659891.2016.1208776>

Kobak, R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146. <https://doi.org/10.2307/1130395>

Koob, G. F., Sanna, P. P., & Bloom, F. E. (1998). *Neuroscience of addiction*. *Neuron*, 21(3), 467-476. DOI: [10.1016/s0896-6273\(00\)80557-7](https://doi.org/10.1016/s0896-6273(00)80557-7)

Koob, GF y Simon, EJ (2009). La neurobiología de la adicción: dónde hemos estado y hacia dónde vamos. *Revista de temas de drogas*, 39 (1), 115-132.

Kostelecky, K. L. (2005). Parental attachment, academic achievement, life events and their relationship to alcohol and drug use during adolescence. *Journal of Adolescence*, 28(5), 665-669. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.12.006>

La Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES

2021. (Consultado 24/4/2021.) Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm.
- Lacasa, F., & Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Rev. psicopatol. salud ment. niño adolesc*, 83-93. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-137411>
- Lemos, M., y Londoño, N.H. (2006). Construcción y Validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en Población Colombiana. *ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA*, 9(2), 127-140. <https://www.redalyc.org/pdf/798/79890212.pdf>
- Levine, H. G. (1978). The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of studies on alcohol*, 39(1), 143-174. <https://doi.org/10.15288/jsa.1978.39.143>
- Lindesmith, A. R. (2017). *Addiction & opiates*. Routledge.
- Londoño, N. H., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., ... & Castrillón, D. (2012). Young schema questionnaire-short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 147-164. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64723234012.pdf>
- López Pell, A. F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondón, J. M., Alfano, S. M., & Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias psicológicas*, 5(1), 83-115. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a08.pdf>
- López-Muñoz, F., González, E., Serrano, M. D., Antequera, R., & Alamo, C. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(1), 21-33. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062011000100005
- Lossa, L. (2015). *Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el Trastorno Límite de Personalidad: Apego, Alianza Terapéutica y Mejora Sintomática* (Tesis doctoral, Universidad de Ramón Llull, Barcelona, España). Recuperado de: <https://www.tdx.cat/handle/10803/358922#page=1>
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(1), 1055-1096.

- <https://doi.org/10.1177/00030651000480041801>
- MAIN, M. y SOLOMON, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T.B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex. <https://psycnet.apa.org/record/1986-97821-005>
- Malacas Bautista, C. A. Esquemas disfuncionales tempranos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapeuticas. SUNEDU. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Malacas/publication/327829619_Esquemas_Disfuncionales_Tempranos_en_Consumidores_de_Sustancias_Psicoactivas_Internados_en_Comunidades_Terapeuticas/links/5ba74efd45851574f7dfca1d/Esquemas-Disfuncionales-Tempranos-en-Consumidores-de-Sustancias-Psicoactivas-Internados-en-Comunidades-Terapeuticas.pdf
- Malekpour, M. (2007). Effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Development Disabilities*, 53(105), 81-95. <https://doi.org/10.1179/096979507799103360>
- Marín Navarrete, R., & Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental*, 38(6), 395-396. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.060>
- Márquez, J. F., Rivera, S. y Reyes, I. (2009). Desarrollo de una escala de estilos de apego adulto para la población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(28), 9-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645444002>
- McLellan, AT, Luborsky, L., O'brien, CP y Woody, GE (1980). Un instrumento de evaluación mejorado para pacientes con abuso de sustancias: el índice de gravedad de la adicción. *Problemas de la drogodependencia*, 142. DOI: [10.1097/00005053-198001000-00006](https://doi.org/10.1097/00005053-198001000-00006)
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74(2), 513-524. <https://doi.org/10.1037/00223514.74.2.513>
- Mikulincer, M., Shaver, P. & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102.

- <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1024515519160>
- Moizeszowicz, J. (2003). *Psicofarmacología psicodinámica IV*. Paide"s.
<https://juliomoizeszowicz.com.ar/PDF/PSICOFARMACOLOGIA-PSICODINAMICA-IV-Actualizaciones-2003.pdf>
- Nick, T. G., & Campbell, K. M. (2007). Logistic regression. *Topics in biostatistics*, 273-301. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-530-5_14
- Oken, D. (2009). Evolution of psychosomatic diagnosis in DSM. In J. E. Dimsdale, Y. Xin, A. Kleinman, V. Patel, W. E. Narrow, P. J. Sirovatka, & D. A. Reigier (Eds.), *Somatic Presentations*. <https://psycnet.apa.org/record/2009-05080-000>
- Organización Panamericana de la Salud, abuso de sustancias.
<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Osorio, L. P. C., & Calvet, M. M. (2019). Esquemas mal adaptativos tempranos y agresividad en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Persona*, (022) [https://doi.org/10.26439/persona2019.n022\(2\).4564](https://doi.org/10.26439/persona2019.n022(2).4564)
- Ostovar, S., Bagheri, R., Griffiths, M. D., & Mohd Hashima, I. H. (2021). Internet addiction and maladaptive schemas: The potential role of disconnection/rejection and impaired autonomy/performance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1509-1524. <https://doi.org/10.1002/cpp.2581>
- Page, J. B., & Singer, M. (2010). *Comprehending drug use: Ethnographic research at the social margins*. Rutgers University Press.
- Pauwels, E., Dierckx, E., Smits, D., Janssen, R., & Claes, L. (2018). Validation of the Young Schema questionnaire-short form in a Flemish community sample. *Psychologica Belgica*, 58(1), 34. <https://doi.org/10.5334/pb.406>
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and Its Interpretation*. New York: Lexington Books.
- Pierrehumbert, B; Karmaniola, A; Sieye, A; Meister, C; Miljkovitch y R and Halfon (1996). Les modèles de relations: Développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adultes, Camir. *Psyquiatrie de L'enfant*, 39 (1), 161-206
- Plan Nacional de desarrollo 2017-2021 https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf

- Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021 [https://www.cicad.oas.org/ Fortalecimiento Institucional /Planes Nacionales /Ecuador Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Social Socio Económico de las Drogas 2017-2021 pdf.](https://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento%20Institucional/Planes%20Nacionales/Ecuador/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20Integral%20y%20Control%20del%20Fen%C3%B3meno%20Social%20Socio%20Econ%C3%B3mico%20de%20las%20Drogas%202017-2021.pdf)
- Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021, PPCD., 2017. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web ec/Estadisticas Sociales/ENSANUT/MSP ENSANUT-ECU 06-10-2014.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web/ec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
- Planeta, C. S. (2013). Animal models of alcohol and drug dependence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 140–146. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1149>
- Platt, ML, Watson, KK, Hayden, BY, Shepherd, SV y Klein, JT (2010). Neuroeconomía: implicaciones para comprender la neurobiología de la adicción.
- R Core Team (2021). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2021-04-01).
- Raikhel, E., & Garriot, W. (2013). Introduction Tracing New Paths in the Anthropology of Addiction. In E. Raikhel & W. Garriott (Eds.), *Addiction Trajectories*. London: Duke University Press
- Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=psych>.
- Rodríguez, I. R., & Fernández, D. H. (2019). Validation of the CaMir-R attachment questionnaire in an adult Spanish sample. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(5), 925. <http://doi.org/10.24205/03276716.2019.1145>
- Romaní, O. (2020). Ciencia y políticas de drogas: contexto sociocultural, neuropolítica y control social. *Cultura y Droga*, 25(29), 183-207. <https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.29.9>
- Samaha, AA, Fawaz, M, El Yahfoufi, N, Gebbawi, M, Abdallah, H, Baydoun, SA, Eid, AH (2018). Evaluación de las propiedades psicométricas de la prueba de adicción a Internet (IAT) entre estudiantes universitarios libaneses. *Fronteras en Salud*

Pública, **17** (6), 1 – 10.

- Sampieri, H. (2006). Análisis de los datos cuantitativos. *Graw Hill*. Metodología de la investigación científica (Cuarta edición, pág. 407-500) *Mac Graw Hill*. México, 107.
- Sampieri, R. (2006) Metodología de la Investigación. (4° Edición) Mc Graw Hill. https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: una nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Santana-Campas MA, Santoyo Telles F, Carrillo Guijarro JA. Depresión y esquemas tempranos mal adaptativos asociados al consumo de drogas en usuarios de una comunidad terapéutica intrapenitenciaria. RIIAD [Internet]. 22 de agosto de 2022 [citado 27 de septiembre de 2022];8(2):7-17. Disponible en: <https://www.riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad-2022-2-02>
- SCHAFFER, H.R. y EMERSON, P.E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29. <https://doi.org/10.2307/1165727>
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P., Gemeinhardt, B. y Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9(2), 111-126. <http://dx.doi.org/10.1080/14616730701349689>
- Segundo, C. R. F., Carolina, G. R. D., Variña, B. G. C., & Lucero, G. L. A. (2017). Estilos de apego adulto en consumidores de alcohol. *UNIVERSIDAD, CIENCIA y TECNOLOGÍA*, 21(82), 4-15.
- Shajari, F., Sohrabi, F., & Jomehri, F. (2016). Relationship between early maladaptive schema and internet addiction: A cross-sectional study. *Asian Journal of Pharmaceutical Research and Health Care*, 8(3). <https://doi.org/10.18311/ajprhc/2016/4334>
- Shorey R, Stuart G, Anderson S, et al. (2013) Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *J Clin Psychol* 69:912–22. DOI: [10.1002/jclp.21968](https://doi.org/10.1002/jclp.21968)

- Silvente, V. B., & Hurtado, M. R. (2012). Clasificación de pruebas no paramétricas. Cómo aplicarlas en SPSS. *REIRE*, 5(2), 101-113.
<https://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/15045>
- Soto-Brandt, G., Huidobro, R. P., Artigas, D. H., Rivera-Rei, Á., Escobar, M. J., Guzmán, N. S., ... & Castillo-Carniglia, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del alcohol, smoking and substance involvement screening test (assist). *Adicciones*, 26(4), 291-302.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/27/0>
- Stein, H., Koontz, A., Fonagy, P., Allen, J., Fultz, J., Brethour, J., ... Evans, R. (2002). Adult attachment: ¿What are the underlying dimensions? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 75(1), 77-91. <https://doi.org/10.1348/147608302169562>
- The jamovi project (2021). *jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search for definition. En N, Fox (Ed.), The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2/3, serial N° 240), 25-52. <https://sedlpubs.faculty.ucdavis.edu/wp-content/uploads/sites/192/2015/03/Thompson1994.pdf>
- Torres, C. M., & Repke, D. B. (2014). Anadenanthera: visionary plant of ancient South America. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315864594>
- Velazco M. Instrumentos de evaluación en psicoterapia familiar y de pareja. México. Edit. Pax México, 2006. <https://docer.com.ar/doc/nx01ec8>
- Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24, 93-109. <http://doi:10.1080/09595230500167478>
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N. y Schmidt, S. (2006). Medición de la atención plena: el Inventario de atención plena de Freiburg (FMI). *personalidad y Diferencias individuales*, 40, 1543-1555.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., Jordan, S. (2002). The Schema

- Questionnaire: forma abreviada: análisis factorial y relación entre esquemas y síntomas. *Terapia cognitiva e investigación*, 26(4), 519 – 530. [http://doi: 10.1023/A:1016231902020](http://doi:10.1023/A:1016231902020)
- White, W. L. (2000). Addiction as a disease: The birth of a concept. *Addiction*, 51, 73. <https://www.chestnut.org/resources/967b7f4f-4b6f-4350-b00fd37f7eec2/2000-History-of-Disease-Concept.pdf>
- Yavarimahboob, S., Rabei, M. (2018). Predicción de tendencia a la adicción basada en esquemas desadaptativos, estilos de apego y patrones parentales en mujeres consumidoras de tabaco. *Revista trimestral de ciencias sociales*, 12(41), 324-344.
- Young J. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota (FL): *Professional Resources Exchange*; 1990. DOI:[10.1891/0889-8391.6.2.149](https://doi.org/10.1891/0889-8391.6.2.149)
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3 ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (2015). *Terapia de esquemas*. Desclée de Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433026521.pdf>
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de esquemas: guía práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a08.pdf>
- Young, J., Klosko, JS y Weishaar, ME (2009). T. Özakkaç (Ed), *Terapia de esquemas*. Litera Publishing: Estambul.
- Young, JE, Klosko, JS y Weishaar, ME (2003). *Terapia de esquemas: una guía para el profesional*. Nueva York: Guilford Press.
- YoungJE. (2005) *Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Cognitive Therapy Center
- Yousefi, N., & Shirbagi, N. (2010). Validating the Young Early Maladaptive Schema Questionnaire (YEMSQ) among Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 4(1), 38–46. http://ijpbs.mazums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-2-70&slc_lang=en&sid=1
- Zamirinejad, S., Hojjat, SK, Moslem, A., MoghaddamHosseini, V. y Akaberi, A. (2018). Predicción del riesgo de trastorno por uso de opioides basado en esquemas tempranos de mala adaptación. *Revista estadounidense de salud masculina*, 12 (2), 202-209.

Zinberg, N. E. (1972). Heroin use in Vietnam and the United States: a contrast and a critique. *Archives of General Psychiatry*, 26(5), 486-488.
[doi:10.1001/archpsyc.1972.01750230096019](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750230096019)

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Por medio de la presente quisiera obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación en donde el objetivo general de esta investigación es: identificar la relación de los esquemas disfuncionales tempranos, el apego y la adicción a sustancias psicoactivas en los Internos en comunidades terapéuticas de adultos en Imbabura. En esta carta solicitamos a usted el consentimiento para su participación en esta investigación, así como la utilización con fines científicos de los resultados generados. En el caso de su aceptación, tendrá que llenar una ficha de evaluación sociodemográfica e instrumentos de medición. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. Su participación será anónima, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo, ni en los instrumentos, ni en los informes de la investigación que se redactaran. Los instrumentos llevarán un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diverso análisis que faciliten el proceso del proyecto. La garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, si usted lo estima pertinente recurrirá al investigador Julio César Jiménez Espinosa para resguardar sus derechos si usted percibe que estos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, llene esta carta de consentimiento, marque con una X y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento o dirigirla al director de esta investigación, al correo electrónico jjjimenez@yahoo.com.

De antemano se le agradece su participación.

Autorizo la participación

.....

Anexo 1. Cuestionario ASSIST

OMS — ASISST V3.0

NOMBRE DEL USUARIO: **FECHA:** ___/___/___

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más [frecuentemente o a dosis más altas] a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

PREGUNTA 1

(Al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la PI del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas).

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolinmnafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, TrankimazimAlprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona. codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

PREGUNTA 2					
¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nu	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolinmnafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

PREGUNTA 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi diario
a. Tabaco(cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis(marihuana, costo, hierba, hashish,etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína(coca, farlopa,crack, base,etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, TrankimazimAlprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros-especifique:	0	2	3	4	6



PREGUNTA 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces		Cada mes	Cada semana	A diario o casi diario
		0	4			
a. Tabaco(cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7	
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7	
c. Cannabis(marihuana, costo, hierba, hashish,etc.)	0	4	5	6	7	
d. Cocaína(coca, farlopa,crack, base,etc.)	0	4	5	6	7	
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7	
f. Inhalantes (colas, gasolinmnafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7	
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7	
h. Alucinógenos(LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7	
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7	
j. Otros-especifique:	0	4	5	6	7	

PREGUNTA 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces		Cada mes	Cada semana	A diario o casi diario
		0	4			
a. Tabaco						
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8	
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8	
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8	
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8	
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8	
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8	
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8	
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8	
j. Otros-especifique:	0	5	6	7	8	

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)



PREGUNTA 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína(coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

PREGUNTA 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína(coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3



PREGUNTA 8

	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo
a. Tabaco		0-3	4-26	27+
b. Alcohol		0-10	11-26	27+
c. Cannabis		0-3	4-26	27+
d. Cocaína		0-3	4-26	27+
e. Anfetaminas		0-3	4-26	27+
f. Inhalantes		0-3	4-26	27+
g. Sedantes		0-3	4-26	27+
h. Alucinógenos		0-3	4-26	27+
i. Opiáceos		0-3	4-26	27+
j. Otras drogas		0-3	4-26	27+



Anexo 2. Cuestionario CAMIR- R

CaMir-R

Nombre: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Esto no es un examen, no existen respuestas buenas o malas, lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, colocando en el recuadro X correspondiente. Hay 5 posibles respuestas:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

N°	ITEMS	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	1	2	3	4	5
2	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.	1	2	3	4	5
3	En caso de necesidad estoy segura de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.	1	2	3	4	5
4	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo eh sido.	1	2	3	4	5
5	En la vida de familia el respeto es lo más importante.	1	2	3	4	5
6	Cuando yo era niño(a) sabía que encontraría consuelo en mi seres queridos.	1	2	3	4	5
7	Las relaciones con mis seres queridos en mi niñez, me parecen en general, positivas.	1	2	3	4	5
8	Detesto el sentimiento de depender de los demás.	1	2	3	4	5
9	Solo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
10	Cuando yo era niño(a), a menudo mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables.	1	2	3	4	5
11	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.	1	2	3	4	5
12	No puedo concentrarme sobre otra cosa sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas.	1	2	3	4	5

13	Cuando yo era niño(a) encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.	1	2	3	4	5
14	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos.	1	2	3	4	5
15	Cuando yo era niño (a) tenían una actitud de dejarme hacer.	1	2	3	4	5
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
17	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.	1	2	3	4	5
18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.	1	2	3	4	5
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.	1	2	3	4	5
20	Mis padres no se han dado cuenta de que un niño(a) cuando crece tiene la necesidad de tener vida propia.	1	2	3	4	5
21	Siento confianza en mis seres queridos.	1	2	3	4	5
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.	1	2	3	4	5
23	Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de unos de mis seres queridos.	1	2	3	4	5
24	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.	1	2	3	4	5
25	Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a).	1	2	3	4	5
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo.	1	2	3	4	5
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.	1	2	3	4	5
28	Cuando yo era niño o niña había peleas insostenibles en casa.	1	2	3	4	5
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer.	1	2	3	4	5
30	Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.	1	2	3	4	5
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos me deja una sensación de inquietud.	1	2	3	4	5
32	A menudo me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos.	1	2	3	4	5

Anexo 3. Cuestionario CEY-VR

CEY-VR

[Adaptación Española de Cid, J. y Torrubia, R.]

Nombre _____

Fecha ____/____/____

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida el grado de exactitud con que te describe. Cuando no esté seguro, basa su respuesta en lo que *emocionalmente sienta no en lo que piense que es verdad*. Escoja la puntuación más elevada desde a 1 a 6 que le describe y escriba el número en el espacio que se encuentra antes de la frase.

ESCALA DE PUNTUACIONES:

- 1 = Totalmente falso.
- 2 = La mayoría de veces falso.
- 3 = Más verdadero que falso.
- 4 = En ocasiones verdadero.
- 5 = La mayoría de veces verdadero.
- 6 = Me describe perfectamente.

1. _____ La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir, o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.
2. _____ En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.
3. _____ Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.
4. _____ La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
5. _____ Raramente he tenido a una persona fuerte que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.
* Pe
6. _____ Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.
7. _____ Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.
8. _____ Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen.
9. _____ Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero.
10. _____ Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen que les aparto de mí.
* Ab
11. _____ Presiento que la gente se aprovechará de mí.

12. _____ Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.
13. _____ Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.
14. _____ Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.
15. _____ Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.
*Da
16. _____ No me aceptan en ningún lugar.
17. _____ Soy básicamente diferente de las otras personas.
18. _____ No me siento unido a nadie, soy un solitario.
19. _____ Me siento alejado del resto de personas.
20. _____ Siempre me siento poco integrado en los grupos.
*As
21. _____ Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.
22. _____ Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí sí me conociese realmente.
23. _____ No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.
24. _____ Siento que no soy simpático.
25. _____ En mi hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.
*Im
26. _____ Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.
27. _____ Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.
28. _____ La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.
29. _____ No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.
30. _____ No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).
*Fr
31. _____ No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.
32. _____ Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.
33. _____ No tengo sentido común.
34. _____ No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.
35. _____ No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.

*De

36. _____ No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.
37. _____ Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).
38. _____ Me preocupa que me puedan atacar.
39. _____ Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.
40. _____ Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.

*Vp

41. _____ No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.
42. _____ Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.
43. _____ Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables.
44. _____ A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.
45. _____ A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o pareja.

*Ap

46. _____ Pienso que, si hago lo que quiero, sólo me encontraré problemas.
47. _____ Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.
48. _____ En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.
49. _____ Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.
50. _____ Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.

*Su

51. _____ Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.
52. _____ Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.
53. _____ Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.
54. _____ Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.
55. _____ Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.

*Au

56. _____ Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...).
57. _____ Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.
58. _____ Me es difícil ser cálido y espontáneo.
59. _____ Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones.
60. _____
*Ie La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.
61. _____ Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.
62. _____ Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante bien".
63. _____ Debo cumplir todas mis responsabilidades.
64. _____ Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabadas.
65. _____
*Mi No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.
66. _____ Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.
67. _____ Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.
68. _____ Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.
69. _____ Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.
70. _____
*Gr Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.
71. _____ Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.
72. _____ Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.
73. _____ Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.
74. _____ No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.
75. _____
*Ia Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos

