

Esquemas Disfuncionales Tempranos en Consumidores de Sustancias Psicoactivas Internados en Comunidades Terapéuticas

Por: Carlos Alexander Malacas Bautista¹

Resumen:

Esta investigación utiliza un método cuantitativo, de tipo descriptivo y tiene como objetivo principal identificar los esquemas disfuncionales tempranos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. La muestra fue no probabilística y estuvo conformada por 176 residentes, cuyas edades oscilan entre 18 a 65 años, pertenecientes a cuatro comunidades terapéuticas de Lima; además, se analizaron variables sociodemográficas como: grado de instrucción, estado civil, lugar de procedencia, número de internamientos, sustancias psicoactiva problema y situación laboral antes del internamiento. La prueba que se utilizó fue el Cuestionario de esquemas de Young-versión reducida (YSQ-SF), aplicado de forma grupal y procesado con el programa SPSS 19. Los resultados mostraron que los esquemas más frecuentes en este grupo son: El esquema de Enmarañamiento/ Yo dependiente con un 48,3%, El esquema de Auto sacrificio con un 46,6%, El esquema de Estándares inflexibles con un 42% y el Esquema de Inhibición emocional con 41,5%. Además, la Dimensión con mayor prevalencia significativa es la Dimensión II: Perjuicio en autonomía y desempeño con un 44,9% y la Dimensión IV: Tendencia hacia el otro con un 44,3%. Finalmente, se hace realiza un análisis diferencial relacionado a las variables sociodemográficas.

Palabras clave: Sustancias psicoactivas, Comunidades terapéuticas y Esquemas disfuncionales temprano.

* **Licenciado en Psicología y con Especialización en Terapia Cognitivo Conductual. E-mail: carlosmalacas@hotmail.com**

Introducción

El significativo nivel de morbilidad de los trastornos por consumo de sustancias es cada vez mayor en el país y en el mundo, en individuos de todas las edades, sexo, y nivel económico; situación en la cual cobra pertinencia reconocer cuales son los procesos cognitivos involucrados en los consumidores de sustancias psicoactivas (SPA).

La terapia cognitiva de las drogodependencias propuesta por Beck, Wright, Newman y Liese (1999) ha sido un gran aporte desde la clínica cognitivo conductual, al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. En este modelo cognitivo de las adicciones se plantea la existencia de distorsión cognitiva en estos sujetos, en base a las creencias que estos tienen respecto a las drogas y su utilidad, denominadas “creencias adictivas”. Además de estas creencias, existen otras, denominadas “creencias

¹ Licenciado en Psicología y con Especialización en Terapia Cognitivo Conductual

nucleares” o “esquemas” que están presentes en todos los sujetos, y se definen como unos patrones cognitivos estables que se forman desde las experiencias tempranas de la vida. Young (1999, citado por Young, Klosko y Weishaar, 2003) ha desarrollado un modelo denominado “Terapia Centrada en los Esquemas”, en el cual, ha descrito con detalle una serie de esquemas disfuncionales tempranos (EDT) que pueden estar en el origen de numerosos trastornos psicológicos, incluyendo las adicciones. A continuación presentamos los quince EDT identificados por Young, que se agrupan en 5 dimensiones:

Dimensión: desconexión y rechazo; Incluye individuos criados en ambientes que carecen de afecto, alimentación, aceptación y estabilidad, desarrollando esquemas como: Abandono (se refiere a la creencia de que los demás no pueden darnos un apoyo fiable), Desconfianza/abuso (el individuo espera que los demás lo hieran o se aprovechen de él), Privación emocional (refleja la creencia en que no lograremos nuestras necesidades de apoyo emocional, sobre todo, en relación a la alimentación, la empatía y la protección), Imperfección (recoge la visión de sí mismo como antipático e indeseable socialmente) y Aislamiento social (describe la creencia en que uno no es parte del grupo, que uno está solo y que es diferente de los demás)

La Dimensión de perjuicio en autonomía y desempeño; Refleja un ambiente infantil complicado y sobreprotector. Agrupa los esquemas de: Dependencia/incompetencia (el individuo cree que es incompetente que está desamparado y por tanto, necesita la asistencia de los demás para funcionar), Vulnerabilidad al daño o la enfermedad (hace que los pacientes esperen tener experiencias negativas que no controlan, tales como crisis médicas, emocionales o naturales), Enmarañamiento (se encuentra en individuos que se relacionan

demasiado con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, es decir, en aquellas personas que no consiguen desarrollar una identidad individual segura, al margen de los demás) y Fracaso (refleja la visión de que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades). **En la Dimensión de Límites inadecuados;** El típico ambiente de la familia de origen está caracterizado por la permisividad, el exceso de indulgencia, la falta de dirección o fomenta una sensación de superioridad: Grandiosidad (creencia de que el individuo es superior a los demás, pudiendo llegar a ser extremadamente competitivo o dominante) y Autocontrol insuficiente/autodisciplina (se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones). **En la Dimensión de tendencia hacia el otro;** las necesidades de niño fueron secundarias a las necesidades de los demás, desarrollan EDT de: Subyugación (supone abandonar el control a causa de sentimientos externos de coerción. Estos individuos esperan que los demás sean agresivos, revanchistas, o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos, por lo que las suprimen) y Autosacrificio (aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás). **En la Dimensión de sobrevigilancia e inhibición;** el ambiente familiar de origen es severo, demandante, y algunas veces punitivo. Tenemos los EDT de: Control excesivo/inhibición emocional (cuando se evita la espontaneidad para mantener la sensación de que previenen y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza) y Norma Inalcanzables (recoge la creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de

actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica)

A nivel nacional, Casquero, Mendoza y Oré (2009) identificaron como los esquemas vitales interfieren en el proceso de rehabilitación en los usuarios dependientes a sustancias psicoactivas del centro de día de CADES Callao. Encontraron que en el grupo de 26 a 30 años predominó el esquema de abandono, en el grupo de 18 a 20 años predominó el esquema vital de desconfianza y abuso.

A nivel internacional, Shorey, Stuart, Anderson (2012a); encontraron cuatro esquemas más comunes en dependientes al alcohol, estos fueron: Autosacrificio, estándares inflexibles, autocontrol insuficiente y castigo. Por otro lado, Jalali, Zargar, Salavati y Kakavand (2011); encontraron que los adictos a opioides tenían mayor prevalencia de los siguientes esquemas: Abandono, inhibición emocional, el aislamiento social, grandiosidad, autocontrol insuficiente, Autosacrificio, Normas implacable y esquemas de castigo. Asimismo, Shaghaghy, Saffarinia, Iranpoor y Soltanynejad (2011) encontraron que las personas adictas obtenían los puntajes más altos en los esquemas del primer dominio (desconexión/ rechazo) y estos tenían diferencias significativas con las personas no adictas. Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque (2010); identificaron una correlación entre el consumo de alcohol y los esquemas de abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, derecho/ grandiosidad, autosacrificio y entrampamiento. Finalmente, Góngora y Chattás (2008) verificaron que los esquemas desadaptados tempranos, en particular el de abandono y el de atrapamiento, eran más severos en el grupo de dependientes a sustancias. Por lo anteriormente mencionado la presente investigación busca responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia de los esquemas disfuncionales

tempranos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana?

Objetivos

O. General:

- Conocer la prevalencia de los esquemas disfuncionales tempranos (EDT) y de sus dimensiones en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.

O. Específicos:

- Comparar la prevalencia de los esquemas disfuncionales tempranos en consumidores de drogas internados en comunidades terapéuticas de Lima, según grado de instrucción, edad, número de internamientos, convivencia con pareja, comunidad terapéutica, tiempo de consumo y sustancia psicoactiva problema
- Analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Esquemas de Young-versión reducida (YSQ-SF) a través de un estudio piloto.

Metodología

Método, tipo y diseño:

Se utiliza un método cuantitativo, el tipo de investigación es descriptivo y el diseño es no experimental.

Muestra:

La muestra fue no probabilística de tipo intencional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Esta muestra estuvo conformada por 176 consumidores de sustancias psicoactivas, de sexo masculino que se encuentran siguiendo un tratamiento residencial en cuatro comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana (Ver Tabla1).

Tabla 1: Características descriptivas de los consumidores de SPA

Características		Muestra		Características		Muestra		
		N	%			N	%	
Comunidad terapéutica	Opción de vida	29	16.5	Laborar antes del Internamiento	Si	111	63.1	
	Amor de Cristo	87	49.4		No	65	36.9	
	Amanecer	40	22.7		Total	176	100	
	Ayudémonos	20	11.4		Procedencia	Lima	164	93.2
	Total	176	100			Provincia	12	6.8
			Total	176		100		
Edades	18-20años	42	23.9	N° de internamientos	1°internamiento	86	48.9	
	21-40años	101	57.4		2°o más internamiento	90	51.1	
	41-65años	33	18.8		Total	176	100	
	Total	176	100		Laborar antes del Internamiento	Si	111	63.1
Instrucción	Primaria	6	3.4	No		65	36.9	
	Secundaria	68	38.6	Total		176	100	
	Superior	102	58	Procedencia		Lima	164	93.2
	Total	176	100			Provincia	12	6.8
			Total		176	100		
Estado civil	Soltero	112	63.64	Laborar antes del Internamiento	Si	111	63.1	
	Casado	23	13.07		No	65	36.9	
	Divorciado	9	5.11		Total	176	100	
	Viudo	2	1.14		Procedencia	Lima	164	93.2
	Conviviente	21	11.93			Provincia	12	6.8
	Separado	9	5.11			Total	176	100
	Total	176	100					

Instrumento:

Esta escala fue construida por Young y Brown en 1994, su objetivo es evaluar 15 EDT, los cuales están organizados en cinco dominios. El Cuestionario de Esquemas de Young- versión reducida (Young Schema Questionare – Short Form: YSQ-SF) es un cuestionario de 75 ítems. Numerosos estudios han apoyado la validez del Cuestionario de Esquemas, sugiriendo una alta

sensibilidad de la prueba para identificar psicopatología (Londoño, et al 2012).

Confiabilidad y validez: Las propiedades psicométricas se analizaron en una muestra normal (no clínica) de 100 sujetos de sexo masculino, mayores de 18 años, sin problemas de consumo de sustancias psicoactivas y sin estar en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Se evaluó la confiabilidad por consistencia interna- Homogeneidad, a través del índice de

alfa de Cronbach, para cada esquema (Ver Tabla 2). Los índices de Alpha de Cronbach estimados para este instrumento son elevados

porque superan los valores de punto de corte de .70

Tabla 2: *Confiabilidad del Cuestionario de Esquemas de Young- versión reducida*

ESQUEMAS	CONFIABILIDAD (α Cronbach)	ESQUEMAS	CONFIABILIDAD (α Cronbach)
(DE) Deprivación	.899	10. (SB) Subyugación	.895
			.890
(AB) Abandono	.709	11. (SS) Autosacrificio	.809
	.930		
(DA) Abuso	.935	12. (IE) Inhibición Emocional	.888
			.869
(ASA) Aislamiento	.871	13. (EIH) Estándares Inflexibles	.728
(IV) Vergüenza	.949	14. (IG) Intitulación/Grandiosidad	.808
			.820
(FR) Fracaso	.972	15. (AIA) Autocontrol insuficiente	.829
	.967		
(DI) Incompetencia	.947		
(VDE) Vulnerabilidad	.899		
(YD) Yo	.844		

Se realizó una validez de constructo mediante el análisis de ítems para cada esquema. En la tabla

3, se presentan los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de ítems

Tabla 3: *Análisis de ítems para el cuestionario de Esquemas de Young*

Ítems	r de Pearson	Sig. (bilateral)	Ítems	r de Pearson	Sig. (bilateral)
Deprivación emocional 1	.838**	.000	Yo Dependiente 1	.830**	.000
Deprivación emocional 2	.886**	.000	Yo Dependiente 2	.712**	.000
Deprivación emocional 3	.804**	.000	Yo Dependiente 3	.761**	.000
Deprivación emocional 4	.910**	.000	Yo Dependiente 4	.816**	.000
Deprivación emocional 5	.793**	.000	Yo Dependiente 5	.852**	.000
Abandono 1	.745**	.000	Subyugación 1	.895**	.000
Abandono 2	.795**	.000	Subyugación 2	.854**	.000
Abandono 3	.568**	.000	Subyugación 3	.619**	.000
Abandono 4	.796**	.000	Subyugación 4	.917**	.000
Abandono 5	.525**	.000	Subyugación 5	.881**	.000
Desconfianza/Abuso 1	.829**	.000	Autosacrificio 1	.311**	.000
Desconfianza/Abuso 2	.950**	.000	Autosacrificio 2	.865**	.000
Desconfianza/Abuso 3	.916**	.000	Autosacrificio 3	.871**	.000
Desconfianza/Abuso 4	.842**	.000	Autosacrificio 4	.866**	.000
Desconfianza/Abuso 5	.918**	.000	Autosacrificio 5	.800**	.000
Aislamiento Social 1	.875**	.000	Grandiosidad 1	.648**	.000
Aislamiento Social 12	.626**	.000	Grandiosidad 2	.884**	.000
Aislamiento Social 13	.857**	.000	Grandiosidad 3	.869**	.000
Aislamiento Social 14	.865**	.000	Grandiosidad 4	.920**	.000
Aislamiento Social 15	.922**	.000	Grandiosidad 5	.843**	.000
Imperfección vergüenza 1	.903**	.000	Autocontrol insuficiente 1	.665**	.000
Imperfección vergüenza 2	.956**	.000	Autocontrol insuficiente 2	.570**	.000
Imperfección vergüenza 3	.937**	.000	Autocontrol insuficiente 3	.681**	.000
Imperfección vergüenza 4	.874**	.000	Autocontrol insuficiente 4	.809**	.000
Imperfección vergüenza 5	.914**	.000	Autocontrol insuficiente 5	.744**	.000
Fracaso 1	.961**	.000	Inhibición Emocional 1	.730**	.000
Fracaso 2	.953**	.000	Inhibición Emocional 2	.820**	.000

Ítems	r de Pearson	Sig. (bilateral)	Ítems	r de Pearson	Sig. (bilateral)
Deprivación emocional 1	.838**	.000	Yo Dependiente 1	.830**	.000
Deprivación emocional 2	.886**	.000	Yo Dependiente 2	.712**	.000
Deprivación emocional 3	.804**	.000	Yo Dependiente 3	.761**	.000
Deprivación emocional 4	.910**	.000	Yo Dependiente 4	.816**	.000
Fracaso 3	.954**	.000	Inhibición Emocional 3	.758**	.000
Fracaso 4	.961**	.000	Inhibición Emocional 4	.646**	.000
Fracaso 5	.928**	.000	Inhibición Emocional 5	.811**	.000
Dependencia incompetencia 1	.825**	.000	Estándares Inflexibles 1	.720**	.000
Dependencia incompetencia 2	.873**	.000	Estándares Inflexibles 2	.860**	.000
Dependencia incompetencia 3	.953**	.000	Estándares Inflexibles 3	.746**	.000
Dependencia incompetencia 4	.945**	.000	Estándares Inflexibles 4	.738**	.000
Dependencia incompetencia 5	.946**	.000	Estándares Inflexibles 5	.805**	.000
Vulnerabilidad al daño 1	.759**	.000			
Vulnerabilidad al daño 2	.818**	.000			
Vulnerabilidad al daño 3	.855**	.000			
Vulnerabilidad al daño 4	.874**	.000			
Vulnerabilidad al daño 5	.917**	.000			

Nota: ** la correlación es significativa al nivel de .001 (bilateral)

Para identificar los Esquemas disfuncionales tempranos se sumaron los puntajes brutos de cada esquema del grupo piloto y se obtuvieron puntuaciones directas que se convirtieron en

percentiles, con lo cual se estableció como límite para la presencia significativa del esquema el percentil 75, el cual indicaría a aquellos sujetos que se ubican en una posición superior dentro de

la curva normal respecto a la población estandarizada, esto se realizó en cada uno de los

esquemas evaluados en el cuestionario, además de las dimensiones de estos. (Ver Tabla4).

Tabla 4: *Percentil 75 del Cuestionario de Esquemas de Young- versión reducida*

	Media	Desviación Típica	Percentil 75
Deprivación emocional	12.02	6.301	15
Abandono	12.46	4.861	16
Desconfianza/ Abuso	12.37	6.677	17
Aislamiento social	10.16	5.692	11
Inadecuación/ Vergüenza	8.96	6.103	11
<i>Dimensión Desconexión</i>	55.97	25.620	72
Fracaso	9.40	6.326	10
Dependencia/Incompetencia	9.94	6.072	11
Vulnerabilidad al Daño	10.93	6.267	14
Yo Dependiente	10.35	5.404	13
<i>Dimensión de Autonomía</i>	40.62	21.755	43
Subyugación	9.43	5.636	12
Autosacrificio	13.35	5.080	15
<i>Dimensión Tendencia otro</i>	27.16	9.938	36
Intitulación/Grandiosidad	14.54	6.131	19
Autocontrol insuficiente	12.62	5.179	15
<i>Dimensión Límites inadecuados</i>	28.25	9.894	31
Inhibición Emocional	12.22	6.200	14
Estándares Inflexibles	16.03	4.939	18
<i>Dimensión sobrevigilancia</i>	22.78	9.684	25

Resultados

Análisis descriptivo de la prevalencia de Esquemas disfuncionales tempranos en consumidores de sustancias psicoactivas.

En la Tabla 5, se observa que los EDT con mayor prevalencia significativa son: Enmarañamiento/ Yo dependiente con un 48.3%, Autosacrificio con un 46.6%, Estándares inflexibles con un

42% e Inhibición emocional con 41.5%. Mientras que las prevalencias significativas más bajas son los esquemas: Grandiosidad con 14.8%, Abandono con 23.3% y Autocontrol insuficiente con un 24.4%.

Tabla 5: *Prevalencia de EDT en consumidores de sustancias psicoactivas*

Prevalencia significativa	Prevalencia no significativa
---------------------------	------------------------------

	N	%	N	%
Deprivación emocional	58	33	118	67
Abandono	41	23.3	135	76.7
Desconfianza/abuso	44	25.0	132	75
Aislamiento Social	56	31.8	120	68.2
Imperfección	39	22.2	137	77.8
Fracaso	67	38.1	109	61.9
Dependencia	50	28.4	126	71.6
Vulnerabilidad	48	27.3	128	72.7
Enmarañamiento/ YD	85	48.3	91	51.7
Subyugación	65	36.9	111	63.1
Autosacrificio	82	46.6	94	53.4
Grandiosidad	26	14.8	150	85.2
Autocontrol insuficiente	43	24.4	133	75.6
Inhibición emocionales	73	41.5	103	58.5
Estándares inflexibles	74	42.0	102	58

En la tabla 6, se presenta la prevalencia de las Dimensiones. A través de esta tabla se puede observar que la Dimensión II “Autonomía

Deteriorada” presenta una mayor prevalencia significativa con un 44.9% y la Dimensión III “Tendencia hacia el otro” con un 44.3%.

Tabla 6: Prevalencia de EDT agrupados por Dimensiones

	Prevalencia significativa		Prevalencia no significativa	
	N	%	N	%
Dimensión I: Desconexión	34	19.3	142	80.7
Dimensión II: Autonomía deteriorada	79	44.9	97	55.1
Dimensión III: Tendencia hacia el otro	78	44.3	98	55.7
Dimensión IV: Límites inadecuados	22	12.5	154	87.5
Dimensión V: sobrevigilancia	75	42.6	101	57.4

Análisis diferencial de la prevalencia de Esquemas disfuncionales tempranos en consumidores de SPA según variables sociodemográficas.

En la Tabla 7, se comparan los EDT según grado de instrucción, la tabla contiene solo aquellos

esquemas en donde se encontraron diferencias significativas. En esta tabla se observa una diferencia significativa ($p < .05$) en el Esquema de Estándares inflexibles a través de la prueba Chi cuadrada

Tabla 7: Comparación de EDT según grado de instrucción

		Primaria		Secundari a		Superior		X ²	Sig.
		N	%	N	%	N	%		
Estándares I.	Si	2	33.3	21	30.9	51	50	6.313	.043
	No	4	66.7	47	69.1	51	50		

En la Tabla 8, se comparan los EDT según convivencia con pareja, la tabla contiene solo aquellos esquemas en donde se encontraron diferencias significativas. En esta tabla se

observa un diferencia significativa ($p < .05$) a través de la prueba Chi cuadrada en el esquema de Inhibición Emocional y Autosacrificio

Tabla 8: Comparación de EDT según convivencia con pareja

		No ha convivido con pareja		Convive con pareja		Convivió con pareja		X ²	Sig.
		N	%	N	%	N	%		
Autosacrificio	Si	50	40.3	25	62.5	7	58.3	6.6	.03
	No	74	59.7	15	37.5	5	41.7		
Inhibición E.	Si	43	34.7	23	57.5	7	58.3	7.9	.01
	No	81	65.3	17	42.5	5	41.7		

En la Tabla 9, se comparan los EDT según número de internamientos, la tabla contiene solo aquellos esquemas en donde se encontraron diferencias significativas. En esta tabla se

observa un diferencia significativa ($p < .05$) a través de la prueba Chi cuadrada en el esquema de Enmarañamiento

Tabla 9: Comparación de EDT según número de internamientos

		1° internamiento		2 o más internamientos		X ²	Sig.
		N	%	N	%		
Enmarañamien to.	Si	35	40.7	50	55.6	3.888	.049
	No	51	59.3	40	44.4		

En la Tabla 10, se comparan los EDT según edad, la tabla contiene solo aquellos esquemas en donde se encontraron diferencias significativas. En esta tabla se observa un

diferencia significativa ($p < .05$) a través de la prueba Chi cuadrada en los esquemas de Abandono, imperfección, vulnerabilidad, enmarañamiento y Autosacrificio.

Tabla 10: Comparación de Esquemas Disfuncionales Tempranos según edad

		Adolescencia (12-20 años)		Adulthood temprana (21-40 años)		Adulthood intermedia (41-65 años)		X ²	Sig.
		N	%	N	%	N	%		
		Abandono.	Si	4	9.5	29	28.7		
	No	38	90.5	72	71.3	25	75.8		
Imperfección	Si	7	16.7	29	28.7	3	9.1	6.517	.038
	No	35	83.3	72	71.3	30	90.9		
Vulnerabilidad	Si	6	14.3	39	38.6	3	9.1	15.62	.000
	No	36	85.6	62	61.4	30	90.9	1	
Enmarañamiento.	Si	14	33.3	61	60.4	10	30.4	13.96	.001
	No	28	66.7	40	39.6	23	69.7	6	
Autosacrificio	Si	16	38.1	44	43.6	22	66.7	6.935	.031
	No	26	61.9	57	56.4	11	33.3		

En la Tabla 11, se comparan los EDT según comunidad terapéutica, la tabla contiene solo aquellos esquemas en donde se encontraron diferencias significativas. En esta tabla se

observa un diferencia significativa ($p < .05$) a través de la prueba Chi cuadrada en el esquema de Subyugación

Tabla 11: Comparación de EDT según comunidad terapéutica

		Amor de cristo		Opción de vida		Ayudémosnos		Amanecer		X ²	Sig.
		N	%	N	%	N	%	N	%		
		Subyugación	Si	20	23	13	44.8	12	60		
	No	67	77	16	55.2	8	40	20	50	0	

En la Tabla 12, se comparan los EDT según tipo de sustancia psicoactiva problema, la tabla contiene solo aquellos esquemas en donde se encontraron diferencias significativas. En esta

tabla se observa un diferencia significativa ($p < .05$) a través de la prueba Chi cuadrada en el esquema de Aislamiento social, Enmarañamiento y Autosacrificio

Tabla 12: Comparación de EDT según tipo de sustancia psicoactiva

		Estimulantes		Depresoras		Alucinógenas		Mixtas		X ²	Sig.
		N	%	N	%	N	%	N	%		
		Aislamiento S.	Si	12	17.9	15	31.9	9	34.6		
	No	55	82.1	32	68.1	17	65.4	16	44.4	8	
Enmarañamiento.	Si	24	35.8	23	48.9	16	61.5	22	61.1	8.377	.039
	No	43	64.2	24	51.1	10	38.5	14	38.9		

Autosacrificio	Si	29	43.3	30	63.8	14	53.8	9	25	13.20	.004
	No	38	56.7	17	36.2	12	46.2	27	75	2	

Finalmente, se compararon los esquemas disfuncionales tempranos según su tiempo de consumo y no se encontraron diferencias significativas.

Discusión

El objetivo general de este estudio fue identificar los esquemas disfuncionales tempranos (EDT) en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana, esto se realizó a través del Cuestionario de Esquemas de Young, que a través de un estudio piloto se encontraron adecuadas propiedades psicométricas de confiabilidad (consistencia interna) y validez (validez de constructo). Por otro lado, para establecer el límite de presencia significativa de estos esquemas se utilizó el percentil 75, el cual indicaría a aquellos sujetos que se ubican en una posición superior dentro de la curva normal respecto a la población estandarizada (grupo piloto).

La hipótesis que se planteó en esta investigación fue que los esquemas disfuncionales tempranos que pertenecían a la dimensión de Límites inadecuados presentaban una mayor prevalencia en la población de estudio; sin embargo esta hipótesis no fue confirmada con los resultados presentados, en donde los esquemas de mayor prevalencia pertenecen a la dimensión de Perjuicio en autonomía y a la dimensión de Tendencia hacia otros

Los resultados mostraron que el EDT con *mayor prevalencia es el de Enmarañamiento/Yo dependiente*, algo similar ocurre con la investigación llevada a cabo por Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque (2010) y Góngora y Charrás (2008). Por su parte Franken (1982, citado por

Rojas, 2006) ha identificado diversos factores cognitivos y de personalidad en los adictos, entre los que encontramos la dependencia. Para Castello (2000) hay dos tipos de dependencia emocional: dependencia emocional estándar y atípica. La segunda se caracteriza por tener relaciones de dominación en lugar de sumisión, sin por ello dejar de sentir dependencia por esa persona. Estas personas suelen ser varones, con presiones sociales para adoptar posiciones de fuerza y competitividad. Por lo tanto se podría decir que este tipo de dependencia emocional estaría muy relacionado al esquema de Enmarañamiento. Asimismo, Servint (2000) señala que un tipo de dependencia emocional que está relacionado con la dependencia a drogas es la Bidependencia, la cual se caracteriza porque los adictos a parte de su dependencia a drogas también presentan una dependencia de tipo relacional; manifestando que El adicto necesita a alguien para llenar su vacío interior. *En segundo lugar se encontró el esquema de Autosacrificio*, similar a la investigación llevada a cabo por Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque (2010) y Shorey, Stuart, Anderson (2012b). Las personas que abusan de SPA tienen déficit de habilidades sociales que pueden ser de dos tipos: Secundarios, que hacen referencia a falta de asertividad en situaciones relacionadas con el consumo, o primarios, problemas de habilidades sociales generales en diversas situaciones (Trower, Yardley, Briant y Shaw, 1978). El déficit de asertividad, podría facilitar el consumo de drogas no porque en sí misma induzca al consumo, sino porque el déficit de asertividad puede hacer al sujeto más vulnerable a la influencia de los amigos, tratando así de satisfacer las necesidades de los demás antes que

las suyas. *En tercer lugar encontramos, el esquema de Estándares inflexibles*, algo similar se encontró en la investigación de Jalali, Zargar, Salavati y Kakavand (2011) y Shorey, Stuart, Anderson (2012^a) esto indicaría que los consumidores de sustancias psicoactivas se implican o implicaron cada vez más y más en su consumo por no cumplir con los parámetros o normas rígidas en sus diferentes áreas de su vida, teniendo una baja tolerancia a la frustración. *En cuarto lugar encontramos, el esquema de Inhibición emocional*, algo similar se encontró en la investigación de Jalali, Zargar, Salavati y Kakavand (2011) y Latorre (2008), podríamos decir que el consumo de SPA, para estas personas, tendría una función de facilitador de la interacción social y de desinhibición ya que este esquema genera una dificultad para expresar libremente sentimientos de vulnerabilidad o comunicar a otros los sentimientos y las necesidades propias. Kellan et al (1983) enfatizaron el poder predictivo de los rasgos de personalidad como la timidez en la infancia en relación con el uso posterior de drogas.

En cuanto a las dimensiones, la *Dimensión con mayor prevalencia significativa es la Dimensión II: Perjuicio en autonomía y desempeño*, Según Pons y Berjano (1999) la relación estadística en los consumidores abusivos, obtienen una mayor puntuación en el factor Sobreprotección. Weidman (1983), señala que la farmacodependencia sucede cuando los conflictos que rodean la subfase del proceso de separación-individuación no son adecuadamente superados. Este proceso implica la diferenciación y separación sin sacrificar la intimidad familiar. *En segundo lugar está la Dimensión IV: Tendencia hacia el otro*, Nava (2010) menciona que “un drogadicto es todo aquel que proviene de una familia emocionalmente represiva”. La mayoría de las familias que reprimen los sentimientos de un

adolescente, hacen que esos sentimientos no expresados se conviertan en ira, dolor, culpa, temor, etc. Por esa razón al no permitir la expresión plena de los sentimientos, nuestras familias nos preparan para un sistema adictivo.

En cuanto a los objetivos específicos, tenemos que en el *análisis diferencial según edad*, se encontraron diferencias significativas en cuatro esquemas, en tres de ellos: abandono, imperfección y enmarañamiento hubo una prevalencia mayor en la adultez temprana, siendo esta una fase de importante cambios en donde se busca consolidar su independencia, tomar sus propias decisiones y hacerse responsable de su propia vida, siendo para algunos una etapa de incertidumbres. Mientras en el esquema de Autosacrificio hay una prevalencia de la adultez intermedia, esta etapa genera una preocupación de encontrar un trabajo permanente y consolidarse en sus diferentes áreas como la familiar.

En el análisis diferencial relacionado al grado de instrucción, se observa una diferencia significativa en el esquema de Estándares inflexibles, encontrándose una mayor prevalencia en el Grado de instrucción Superior; este esquema hace que el individuo siga normas rígidas en las diferentes áreas de su vida, incluyendo su área académica, pero que sin embargo al no conseguirlo genera sentimientos de tristeza tratando de aliviar este malestar, en muchas ocasiones, a través del consumo.

En el análisis diferencial según relación con pareja, hay diferencias significativas en el esquema de Autosacrificio, en donde la mayor prevalencia se encuentra en los individuos que actualmente tienen pareja, lo que indicaría que estos sujetos están más pendientes de las necesidades de sus parejas que en la de ellos mismos; en caso de no hacerlo se sentirán egoístas y con culpa, utilizando el consumo para aliviar estas sensaciones. En el caso del esquema

de Inhibición emocional, hay una mayor prevalencia en aquellos que convivieron con una pareja y que actualmente se encuentran solos indicaría que estos sujetos no lograron una expresión adecuada de sentimientos positivos hacia sus parejas, buscando desinhibirse a través del consumo de sustancias psicoactivas.

En el análisis diferencial según número de internamientos, se encontraron diferencias significativas en el esquema de Enmarañamiento, con predominio de los que tienen más de dos internamientos, esto indicaría la creencia de una necesidad de apoyo constante de otra(s) persona(s) y que al no contarla experimenta una sensación de vacío.

En el análisis diferencial según comunidad terapéutica, se encontró una diferencia significativa en el esquema de Subyugación, con un predominio de las personas pertenecientes a la Comunidad terapéutica “Ayudémonos” (personas de nivel socioeconómico bajo), lo cual indica que estos sujetos permiten que otros los controlen suprimiendo sus necesidades y preferencias.

En el análisis diferencial según sustancia psicoactiva problema, se encontró una diferencia significativa en el esquema de Aislamiento social, con un predominio de aquellos que tienen problemas con diferentes sustancias psicoactivas, esto indicaría que estas personas tienen sentimientos de estar aislados del resto del mundo, sintiéndose diferentes a los demás consumiendo diferentes SPA para potenciar al máximo la experiencia psicoactiva o para compensar los efectos negativos de una primera droga. Por otro lado se encontró una diferencia significativa en el esquema de Enmarañamiento, con un predominio de aquellos que tienen problemas con sustancias psicoactivas alucinógenas, esto indicaría que estas personas creen que no pueden sobrevivir o ser feliz sin el apoyo constante de otra persona,

buscando experimentar alucinaciones a través de su consumo para sentirse bien y escapar de su realidad. Finalmente, se encontró una diferencia significativa en el esquema de Autosacrificio, con un predominio de aquellos que tienen problemas con sustancias psicoactivas depresoras, estas personas tienen la creencia que primero deben complacer las necesidades de otras personas antes que la de ellos mismos, en caso contrario se sentirían egoístas, buscando a través de este consumo sentirse relajados, disminuir su ansiedad, desinhibirse y manifestando emociones reprimidas.

Conclusiones

- Los EDT de mayor prevalencia significativa en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Lima son: Enmarañamiento/Yo dependiente con un 48,3%, Autosacrificio con un 46,6%, Estándares inflexibles con un 42% e Inhibición emocional con 41,5%.
- Existen diferencias significativas según el grado de instrucción en el esquema de Estándares Inflexibles.
- Existen diferencias significativas según convivencia de pareja en el esquema de Autosacrificio e Inhibición emocional.
- Existen diferencias significativas según edad en el esquema de Abandono, Imperfección, Vulnerabilidad, Enmarañamiento y Autosacrificio
- Existen diferencias significativas según comunidad terapéutica en el esquema de Subyugación.
- Existen diferencias significativas según SPA problema en el esquema de Subyugación, Aislamiento social, Enmarañamiento y Autosacrificio.
- No existen diferencias significativas relacionadas al tiempo de internamiento.

- El Cuestionario de Esquemas de Young – versión reducida (YSQ-SF), presenta buenas propiedades psicométricas aceptables para la población de estudio, siendo su confiabilidad mínima de $\alpha = .709$ y la confiabilidad más alta con un $\alpha = .972$. En cuanto a la validez, fue a través del análisis ítems-test con correlaciones significativas ($p < 0.001$).

Referencias

- Beck, A. y Freeman (1995) **Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad**. Barcelona. Paidós.
- Beck, A; Wright, F; Newman, C. y Liese, B. (1999) *“Terapia cognitiva de las drogodependencias”*. Paidós Ibérica, S.A.
- Becoña, E. (1995). **La prevención de las drogodependencias**. Santiago de Compostela: Servicios de Publicación de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Calvete, E & Estévez, A (2008) *“Consumo de drogas en adolescentes: el papel del Estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites”* Adicciones, Vol. 21 Núm. 1 págs. 49-56.
- Casquero, M; Mendoza, J y Oré, A (2009) **“Esquemas vitales en usuarios dependientes a sustancias psicoactivas del centro de día de CADES callao”**. Sociedad de beneficencia pública del Callao. Centro de atención ambulatoria y de día para consumidores y dependientes a sustancias psicoactivas CADES callao
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007) **“Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con las experiencias de crianza”** Clínica y Salud, Vol. 18 Núm. 1 págs. 23-43
- Gantiva, C; Bello, J; Vanegas, E y Sastoque, Y (2010) *“Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios”*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39, 362-374
- Góngora, V y Chattás, A (2008) *“Esquemas desadaptativos tempranos en pacientes con trastorno por abuso de sustancias”*. Acta Psiquiátr. Psicol. Am Lat., 54(2): 87-95.
- Graña, J. (1994) **“Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento”**. Madrid, Debate.
- Hernández, R., Fernández C. & Baptista P. (2010). **Metodología de la Investigación** (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Latorre, Z (2008) *“Perfil cognitivo asociado con el trastorno por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas en policonsumidores de tres comunidades terapéuticas de Pereira”*. Universidad Católica Popular del Risaralda.
- Londoño, N.; Schnitter, M.; Marín, C.; Calvete, E.; Ferrer, A.; Maestre, K. et al. (2012). **Young Schema Questionnaire – Short Form: validación en Colombia**. Universitas Psychologica, 11(1), 147-164.
- Navarro, R. (1997) Ñaña: Comunidad terapéutica peruana. CEDRO. Atenea impresores-Editores. Lima-Perú.
- Rodríguez, E (2009) *“La terapia centrada en los esquemas de Jeffrey Young”* Unife Av. Psicolog. 7(1).
- Vacca, R (2001) **Los padres, los hijos y la pareja del adicto, de la familia funcional a la disfuncional**. Lima: Editorial Hojas de Coca.
- Young, J; Klosko, J y Weishaar, M (2003) *“Schema therapy: A practitioner’s guide”* New York: The Guilford Press.