ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CAREN DAYANA VARGAS MANQUILLO

MILDRETH JULIANA NARVAEZ STERLING

LINA FERNANDA MERA SANCHEZ

MARCELA CONTRERAS CAIPE



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

OCTUBRE, 2025

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CAREN DAYANA VARGAS MANQUILLO

MILDRETH JULIANA NARVAEZ STERLING

LINA FERNANDA MERA SANCHEZ

MARCELA CONTRERAS CAIPE

DIRECTOR DE TRANAJO DE GRADO

JORGE ORDOÑEZ VALVERDE
DOCTOR



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

OCTUBRE, 2025

Agradecimientos

A nuestro asesor Jorge Ordóñez, por su valioso acompañamiento, por guiarnos con paciencia, sabiduría y compromiso durante todo este proceso. Gracias por creer en nosotras, por su tiempo, por sus orientaciones oportunas y por impulsarnos a dar siempre lo mejor. Su apoyo fue fundamental para que este proyecto se hiciera realidad.

A un profesor que acompañó con dedicación y cercanía el desarrollo de esta tesis. Gracias por su apoyo constante, por su orientación oportuna y por guiarnos con paciencia en cada paso del proceso. Su compromiso y calidad humana fueron un pilar esencial para culminar este trabajo con éxito y aprendizaje.

A nuestro grupo de tesis, por ser el corazón de este proyecto. Gracias por cada esfuerzo compartido, por la entrega y el compromiso que hicieron posible este sueño. Por las horas de trabajo, las conversaciones interminables, las risas que aliviaron el cansancio y la fuerza que surgía cuando alguna flaqueaba. Gracias por caminar juntas, por sostenernos mutuamente y por no rendirnos, incluso cuando el camino se volvió difícil. Este logro no es solo un resultado académico, es el reflejo del cariño, la unión y la perseverancia que nos acompañaron desde el primer día. Hoy culminamos un sueño que construimos con esfuerzo, pero, sobre todo, con el corazón.

Hoy cerramos un capítulo que escribimos con esfuerzo, esperanza y amor. Cada página de esta tesis guarda un pedacito de quienes nos acompañaron, y con ello, el recordatorio de que los sueños compartidos siempre florecen.

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN

VIGILADO MINEDUCACIÓN

NOTA DE ACEPTACIÓN

La mesa de jurados del trabajo de grado titulado ***"Esquemas Maladaptativos Tempranos y Estilos de Afrontamiento en el Perfil Cognitivo en Personas con Trastorno por Consumo de Sustancias Psicoactivas "***, presentado por: **Mildreth Juliana Narváez Sterling, Briyith Marcela Contreras Caipe, Caren Dayana Vargas Manquillo, y Lina Fernanda Mera Sánchez,** notifica que, una vez revisado el informe final y aprobada su sustentación, este trabajo cumple con los requisitos estipulados como opción de grado para la obtención del título de Psicólogo(a).

Mg. Kristian Juseth Cobo Buitrón
Evaluador(a)

Mg. Yuly Alexandra Ico Collazos
Coordinador(a) de trabajo de grado

Popayán, 26 de noviembre de 2025

Escaneado con CamScanner

Dedicatoria

A Dios, quien ha sido mi fuerza y mi guía en este camino. Gracias por darme claridad en los momentos de duda, fortaleza en los días difíciles y fe para seguir avanzando con amor y esperanza.

A mi abuelita, mi pilar incondicional, por su amor infinito, su paciencia y su apoyo incansable. Gracias por ser mi refugio y enseñarme que los sueños se alcanzan con fe y perseverancia. Todo lo que soy lleva un pedacito de ti.

A mi mamá, por creer siempre en mí. Por su amor inmenso que trasciende la distancia, por su presencia constante en cada palabra de aliento, en cada llamada y en cada gesto de apoyo. Gracias por ser mi ejemplo de vida y por recordarme que todo esfuerzo vale la pena cuando se hace con amor.

A mi papá, por sus consejos sabios y por motivarme a no rendirme. Gracias por impulsarme a alcanzar cada meta con determinación.

A mi hermano, esa personita especial que me motiva a ser mejor cada día. Este logro también es por ti, con el deseo de acompañarte y ayudarte a cumplir tus propios sueños.

Y a mi familia, por su amor sincero y su apoyo incondicional. Gracias por estar en cada paso, por su cariño que me sostiene, por recordarme lo valiente que soy y por enseñarme que la vida es más bonita cuando se camina rodeada de amor y unión.

A mis colegas, por compartir conmigo este camino lleno de aprendizajes, esfuerzo y crecimiento. Gracias por su apoyo, su entrega y por hacer de este proceso una experiencia más humana y significativa. Este logro es nuestro, fruto del compromiso y la dedicación que pusimos en cada paso.

Gracias, porque en cada logro que hoy celebro hay un pedacito de ustedes.

Juliana Sterling

En primer lugar, agradezco profundamente a Dios por permitirme llegar hasta este momento tan significativo de mi vida, por brindarme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa profesional.

A mi padre, por su arduo trabajo, esfuerzo y ejemplo constante, que han sido motivo de orgullo y admiración, y me han enseñado el valor del compromiso y la dedicación. A mi madre, por su amor incondicional, sacrificio y entrega en cada paso de mi formación; sin su apoyo y comprensión, este logro no habría sido posible. Este triunfo es tanto mío como de ustedes. A mi hermana, fuente de motivación y motor de mis sueños, y a mis abuelos, quienes han estado presentes a lo largo de mi vida, acompañándome con amor en cada alegría y dificultad. A toda mi familia, gracias por su apoyo constante, su cariño y por creer en mí como una gran profesional.

Agradezco también al doctor Jorge Ordóñez, nuestro asesor, por su guía, dedicación y profesionalismo durante el desarrollo de esta investigación, así como a mis compañeras de equipo, por su compromiso, compañerismo y esfuerzo para alcanzar juntas este objetivo.

Este logro representa no solo el resultado de un proceso académico, sino también la suma del apoyo, la fe y el cariño de todas las personas que me han acompañado en este camino. A todos ustedes, gracias por creer en mí y por ser parte esencial de este logro.

Lina Mera

Principalmente, a Dios, por ser mi guía en cada paso, por llenarme de sabiduría, paciencia y grandes enseñanzas durante todos estos años, y especialmente en este proceso. Gracias por

sostenerme en cada paso y ser mi fortaleza en cada momento, por escucharme y recordarme siempre las grandes cosas que puedo lograr.

A mis padres, Omar Vargas y Liliana Jiménez, por ser fuente de amor, apoyo e inspiración. Gracias por acompañarme en cada paso, por la entrega y por creer en mí desde el primer día, por demostrarme siempre lo orgullosos que se sienten de mí Ustedes son mi ejemplo a seguir, mi mayor motivación y mi refugio.

A mi hermano Cristian Gutiérrez, por su apoyo constante, por su amor incondicional y por recordarme que siempre estarás para ayudarme a cumplir mis sueños. Gracias por sus palabras de aliento y sabiduría en los momentos más importantes.

A mi hermano Arnold Barreto, quien hoy me acompaña desde el cielo. Fuiste y sigues siendo el motor que me impulsa a superarme. Hoy este logro es también para ti, por tu amor, por tu alegría y por todas esas sonrisas sinceras que me regalaste.

A mi sobrina Valentina Gutiérrez, por su amor y compañía, y ser fuente de motivación para lograr mis sueños y por animarme tantas veces y enseñarme el verdadero significado de amor y lealtad.

A toda mi familia, gracias por sus palabras de apoyo, motivación y admiración constantes, por su amor y cariño sincero.

Y a mis amigas Lina y Juliana, por su amistad sincera, su apoyo constante y su paciencia durante toda la carrera. Gracias por los momentos compartidos, las risas y por estar siempre que las he necesitado.

Caren Dayana Vargas

A Dios, por ser mi guía constante, por darme la fortaleza, la sabiduría y la paciencia necesarias para culminar este proceso. Sin su luz y su presencia, este logro no habría sido posible. A mi familia, por su amor incondicional, su apoyo en los momentos más difíciles y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Este logro también es de ustedes.

A mi asesor, Jorge Ordoñez Valverde, por su acompañamiento, orientación y compromiso durante el desarrollo de esta investigación. Su guía fue fundamental para alcanzar los objetivos de este trabajo. A mi grupo de trabajo de tesis, por su dedicación, esfuerzo y compañerismo. Gracias por compartir este camino lleno de aprendizajes, retos y satisfacciones.

Con gratitud y cariño, dedico este logro a todos quienes hicieron parte de esta etapa tan importante de mi formación profesional y personal.

Marcela Contreras

Resumen

El propósito de este estudio es conocer el perfil psicológico de la población diagnosticada con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas de la IPS “Sanar y Vivir” en el periodo 2025-2 y compararlo con una población control de hombres no consumidores del departamento del Cauca. Se trabajó desde un enfoque cuantitativo con un diseño comparativo. Para la recolección de la información se aplicaron dos instrumentos: el *Young Schema Questionnaire – Short Form (YSQ-SF)*, que evalúa los esquemas maladaptativos tempranos, y el *Cuestionario de Formas de Afrontamiento*, que identifica los estilos o estrategias que las personas utilizan para manejar las situaciones difíciles.

Los resultados evidenciaron una mayor presencia de esquemas maladaptativos en la población consumidora, especialmente aquellos relacionados con la dependencia, la privación emocional y el aislamiento social. En contraste, los hombres no consumidores mostraron un perfil más equilibrado y la presencia de esquemas asociados con la disciplina insuficiente y los estándares inalcanzables, considerados más adaptativos. Respecto a los estilos de afrontamiento, los consumidores tendieron a usar estrategias fantasiosas y evasivas, mientras que los no consumidores recurrieron a los estilos centrado en la solución de problemas y en la búsqueda de apoyo social.

En conjunto, estos hallazgos permiten reconocer diferencias importantes en el modo en que ambos grupos enfrentan las dificultades o situaciones. Asimismo, resalta la necesidad de fortalecer los esquemas maladaptativos y los estilos de afrontamiento dentro de los procesos de prevención y los tratamientos del consumo de sustancias.

Palabras claves: Esquemas maladaptativos tempranos (EMTs), estilos de afrontamiento, adicción, trastorno por consumo de sustancias, enfoque cognitivo conductual, perfil cognitivo.

Abstract

The purpose of this study was to explore the psychological profile of individuals diagnosed with substance use disorder at the "Sanar y Vivir" mental health center during the 2025-2 period and to compare it with a control group of non- consuming men from the Cauca region. The research was conducted using a quantitative approach and a comparative design. Data collection involved two instruments: the Young Shema Questionnaire- short form (YSQ-SF), which assesses early maladaptive schemas, and the coping styles questionnaire, which identifies the strategies individuals use to manage difficult situations.

The results revealed a greater presence of maladaptive schemas among the substance-using participants, particularly those associated with dependence, emotional deprivation, and social isolation. In contrast, the non-consuming group exhibited a more balanced psychological profile, showing schemas related to insufficient self-discipline and unrelenting standards, which are considered more adaptive. Regarding coping styles, substance users tended to rely on imaginative and avoidant strategies, while non-users more frequently employed problem-focused and social support-oriented coping styles.

Overall, these findings highlight significant differences in how both groups deal with challenging situations and underscore the importance of strengthening adaptative schemas and coping strategies in prevention and treatment processes for substance use.

Key words: Early maladaptive schemas, coping styles, addiction, substance use disorder, cognitive-behavioral approach, cognitive profile.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, no solo por sus consecuencias físicas y psicológicas, sino también por su impacto social y familiar. De acuerdo con el Informe Mundial sobre Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2024), alrededor de 64 millones de personas en el mundo cumplen criterios diagnósticos para un trastorno por consumo de SPA, y una minoría logra recibir atención especializada. Este panorama evidencia la insuficiencia de los sistemas de salud para atender la demanda y subraya la urgencia de fortalecer las estrategias de comprensión, diagnóstico e intervención en torno al fenómeno adictivo.

En el caso colombiano, los estudios nacionales de consumo de SPA han documentado un incremento sostenido en el uso de drogas ilícitas en comparación con los registros del año 2008. La marihuana continúa siendo la sustancia más consumida, seguida por cocaína, bazuco y derivados sintéticos como el éxtasis y heroína (Ministerio de Justicia et al., 2013). El departamento del Cauca, particularmente, ocupa el sexto lugar en prevalencia de consumo, situación que resulta preocupante al considerar su bajo desarrollo socioeconómico, culturales y de acceso limitado a servicios de salud mental, que aumenta la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

Si bien las adicciones han sido analizadas desde modelos médicos y biológicos, en la actualidad se reconoce la necesidad de integrar perspectivas psicológicas y sociales que permitan comprender su complejidad. Griffiths (2014) propone entender la adicción desde un modelo biopsicosocial que constituye factores farmacológicos, culturales, situacionales y de personalidad. La psicología cognitiva ha aportado conceptos fundamentales como el perfil cognitivo-conductual, que ofrece una mirada valiosa, ya que permite analizar como los

pensamientos, estilos de afrontamiento y creencias pueden influir en el inicio y mantenimiento del consumo (Semerari, 2002).

El análisis del perfil cognitivo en población consumidora resulta pertinente porque incluye variables relativamente estables, como los esquemas maladaptativos tempranos (EMTs) y estilos de afrontamiento, los cuales mantienen o agravan la conducta adictiva (Young et al., 2003). Los EMTs se definen como patrones profundos y disfuncionales de pensamiento, emoción y memoria, adquiridos desde la infancia y estrechamente vinculados a la personalidad, los cuales generan dificultades en la autorregulación (Young, 1999). Mientras que los estilos de afrontamiento, descritos por Lazarus y Folkman (1986), reflejan patrones cognitivos y conductuales característicos que las personas emplean para manejar demandas internas o externas percibidas como desbordantes de sus recursos.

La literatura empírica ha mostrado que ciertos esquemas como: la dependencia, la privación emocional y la desconfianza aparecen con frecuencia en personas con trastornos por consumo de sustancias (Bakhshi y Nikmanesh, 2013; Shorey et al., 2012). De igual forma, estilos de afrontamiento evasivos o centrados en la autoinculpación tienden a incrementar la probabilidad de recaída, mientras que estrategias de afrontamiento enfocadas en la solución de problemas o la búsqueda de apoyo social tienden a actuar como factores protectores (Marlatt y Gordon, 1985; Casullo et al., 2002). De esta manera, comprender la interacción entre variables ofrece una base sólida para explicar la persistencia del consumo y orientar intervenciones más eficaces.

Bajo esta perspectiva, el siguiente proyecto obtiene relevancia al situarse en un contexto regional específico: la IPS Sanar y Vivir, institución privada ubicada en Popayán, Cauca, especializada en salud mental y rehabilitación de adicciones. Este escenario clínico constituye un

espacio idóneo para evaluar variables cognitivas en pacientes en proceso de tratamiento, y al mismo tiempo, compararlas con un grupo control de hombres no consumidores residentes en la región. Tal comparación permitirá visibilizar diferencias y similitudes en los esquemas maladaptativos tempranos y en los estilos de afrontamiento, aportando evidencia empírica para el diseño de programas de intervención más ajustados a las necesidades psicológicas y socioculturales de la población.

De esta manera, el estudio busca describir el perfil cognitivo de hombres diagnosticados con trastorno por consumo de SPA institucionalizados en la IPS Sanar y Vivir, contrastándolo con un grupo control de hombres no consumidores, con el propósito de identificar patrones psicológicos vinculados a la vulnerabilidad adictiva. Reconocer estos factores permitirá fortalecer los procesos terapéuticos, contribuir a la disminución de recaídas y orientar la construcción de estrategias preventivas que consideren tanto la historia cognitiva como los recursos de afrontamiento de los individuos. Para poder llevar a cabo la siguiente investigación, se emplearon dos instrumentos psicométricos estandarizados: el Cuestionario de Esquemas de Young-Forma Corta (YSQ-SF), compuesto por 75 ítems tipo Likert, diseñado para medir 15 esquemas maladaptativos tempranos agrupados en cinco dominios cognitivos, permitiendo identificar patrones disfuncionales asociados al consumo de sustancias. Asimismo, el Cuestionario de Formas de Afrontamiento (42 ítems) que mide cinco estilos de afrontamiento, centrado en la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, evitativo, fantasioso y de autoculpabilización, facilitando el análisis de las estrategias empleadas ante el estrés.

A partir de los resultados obtenidos, se evidencian diferencias significativas entre ambos grupos. Los participantes con consumo de SPA presentan puntuaciones más elevadas en esquemas maladaptativos, lo que sugiere la presencia de estructuras cognitivas disfuncionales

relacionadas con la dependencia, la privación emocional, la desconfianza y la sensación de abandono. Del mismo modo, muestran mayor activación en los estilos de afrontamiento centrado en la solución de problemas, reflejando un intento constante de restablecer el control ante situaciones estresantes.

Por el contrario, el grupo control exhibe puntuaciones más bajas y equilibradas tanto en los esquemas maladaptativos como en los estilos de afrontamiento, lo que indica un funcionamiento cognitivo y emocional más estable, basado en una autopercepción positiva, una mayor tolerancia al malestar y un afrontamiento preventivo y adaptativo.

Estos hallazgos abren la posibilidad de reflexionar sobre la influencia de los factores cognitivos en la conducta adictiva y sobre la necesidad de diseñar intervenciones terapéuticas basadas en la reestructuración de esquemas y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento adaptativas, que contribuyan a una rehabilitación más sólida y sostenida con el tiempo.

Planteamiento del Problema

Según UNODC (2024), en su más reciente Informe Mundial sobre Drogas, reporta que alrededor de 64 millones de personas en el mundo presentan un trastorno por consumo de sustancias, de las cuales únicamente una de cada once recibe tratamiento especializado. Es de anotar que en el trastorno por abuso de sustancias la generalización de los efectos neurobiológicos, el impacto adictivo y el nivel de deterioro varia con cada sustancia, lo cual requeriría de un desarrollo extenso y detallado. Desde esta investigación la muestra se selección desde dos conceptos determinantes: el primero tiene que ver con el poli consumo y el segundo con la definición del trastorno de consumo de sustancias desde una condición de afectación dimensional.

Frente a lo anterior el (Ministerio de Salud, 2016) explica que el consumo de sustancias se considera problemático cuando afecta la salud física, las relaciones familiares círculos sociales, el ámbito laboral, genera dificultades económicas, jurídicas y casusa sufrimiento para sí mismo y para los demás. Es entendible también desde esta investigación que algunas sustancias especialmente ilegales tendrán un mayor impacto a nivel general en la salud, comorbilidad y grado de funcionalidad, pues como lo menciona Scoppetta et al. (2013) los consumidores de drogas ilícitas y duras, potencian una mayor vulnerabilidad para el surgimiento de patología infecciosas, neuropsicológicas, mayor proporción de afectaciones en el estado de ánimo, mayor consumo de sustancias blandas, riesgos de violencia, así mismo estos autores hacen un llamado especial al consumo de heroína inyectada el cual ha aumentado exponencialmente en Colombia y los riegos y efectos colaterales son lamentables: sobredosis, trasmisión de VIH, hepatitis B-C y muertes súbitas.

En consecuencia, tanto las drogas duras y las drogas blandas se entrelazan en la población objeto de estudio conformando policonsumos que deterioran dimensionalmente de forma significativa la vida de los seres humanos, de las familias y grupos que le rodea, siendo este un fenómeno de alto interés actual y con tendencia significativa al aumento progresivo como lo muestran las cifras al inicio del planteamiento

Dentro de las diversas problemáticas asociadas al consumo de sustancias, un tema de especial interés lo constituye la recaída. Al respecto, López et al. (2012), en un análisis de los factores predisponentes, señalan que los pacientes con trastornos emocionales comórbidos y con alteraciones psicológicas de personalidad tienden a recaer con mayor frecuencia en comparación con quienes no presentan estas condiciones (p.5). Este hallazgo permite visibilizar la importancia de atender variables psicológicas subyacentes que dificultan el mantenimiento de la abstinencia

que muchos casos no son abordados con la suficiente profundidad en los tratamientos convencionales.

Finalmente, otro aspecto importante lo refiere Lacy (2024) al considerar el uso de la terapia de esquemas orientada a cambiar o modificar estructuras tempranas y patrones de personalidad para al afrontamiento de las adicciones como una alternativa prometedora. Los autores sugieren mejores resultados si se integra este enfoque en el tratamiento, pero también informan que la tendencia al abordaje de las intervenciones profundas y rasgos estables es relativamente nueva y poco generalizada en los contextos institucionales como fue evidente el desconocimiento de estas en la institución que participo de la investigación.

Considerando los índices actuales de consumo a nivel mundial, la recurrencia de recaídas vinculadas a factores psicológicos estables y la necesidad de fortalecer las intervenciones terapéuticas en el ámbito regional, se plantea la pertinencia de indagar sobre los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos de afrontamiento como posibles variables asociadas al perfil cognitivo de personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias.

En consecuencia, ante el aumento progresivo de diagnósticos de trastornos relacionados con el consumo de sustancias, la elevada tendencia a recaídas y la limitada profundidad terapéutica en los programas de tratamiento surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el perfil cognitivo conductual de los pacientes diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas institucionalizados en la IPS Sanar y Vivir, en comparación con una población control no consumidora en Popayán, Cauca?

Contextualización

La IPS “Sanar y Vivir” es una institución privada especializada en salud mental, ubicada en la ciudad de Popayán, Cauca. Ofrece servicios integrales orientados al diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales y adicciones, mediante programas de hospitalización, terapias individuales y grupales, procesos de desintoxicación y acompañamiento psicosocial. Su enfoque interdisciplinario facilita la atención de personas con consumo problemático de sustancias en entornos clínicos controlados, constituyendo un escenario idóneo para la evaluación de factores psicológicos asociados tanto a la dependencia como al proceso de cambio conductual, la muestra de comparación está conformada por hombres no consumidores de sustancias psicoactivas, mayores de edad, residentes en distintos municipios del Cauca, seleccionados mediante un muestreo por conveniencia.

Justificación

El presente trabajo se adscribe a la línea de investigación en estudios del desarrollo humano y social. La adicción constituye actualmente una de las dificultades más relevantes en el sector salud y de las ciencias sociales, dado su carácter crónico, recurrente y con múltiples repercusiones individuales y colectivas. En el ámbito nacional, las instituciones responsables de la salud comunitaria han enfatizado en el propósito de promover enfoques preventivos e integrales para el abordaje de esta problemática. Al respecto, MINSALUD (2020), en el Lineamiento Nacional de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, señala que la intervención del consumo debe orientarse a la promoción de la libertad, el bienestar y la agencia personal. Dichos procesos, según el mismo organismo, se encuentran mediados por factores biológicos, culturales y psicológicos que configuran vulnerabilidades y riesgos desde etapas tempranas del desarrollo, condicionando la predisposición al abuso de sustancias (p.10).

En concordancia con este paradigma preventivo, la presente investigación adquiere relevancia al proponerse la exploración de componentes psicológicos profundos y estables, específicamente los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos de afrontamiento. Estos

elementos influyen de manera directa e indirecta tanto en la génesis como en el mantenimiento de las disfunciones por consumo de SPA. Su análisis resulta esencial para comprender la complejidad etiológica del fenómeno adictivo, el cual responde a una interacción multifactorial que articula aspectos personales, familiares y socioculturales.

De igual forma, la necesidad de investigaciones en este campo se ve reforzada por la creciente prevalencia de las adicciones y el impacto negativo que estas generan en el sistema de salud, la seguridad ciudadana y la productividad nacional. En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) ha insistido en el diseño de estrategias de prevención, atención y rehabilitación más eficaces, sustentadas en un enfoque integral que abarque no solo las dimensiones médicas, sino también las sociales y psicológicas.

En este marco, el estudio se justifica al buscar identificar y describir factores predisponentes de carácter cognitivo que se gestan en etapas iniciales del desarrollo y que se moldean a partir de las relaciones del individuo con su contexto más próximo. Asimismo, pretende examinar mecanismos de afrontamiento que, al configurarse de manera disfuncional, pueden convertirse en recursos patológicos que incrementan la impulsividad, el deterioro conductual y la desadaptación como alternativas de supervivencia psicológica ante situaciones adversas.

Resulta especialmente relevante comparar a personas institucionalizadas por consumo de sustancias con un grupo control masculino no consumidor, dado que esta estrategia metodológica permite aislar y contrastar con mayor precisión los patrones cognitivos que caracterizan a la población clínica. Sin este contraste, sería difícil determinar si los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos de afrontamiento observados son propios del trastorno por consumo o si corresponden a características presentes también en personas sin historial de consumo. El diseño

comparativo, por tanto, ofrece un valor agregado, pues posibilita identificar diferencias y similitudes entre ambos grupos, fortaleciendo la comprensión de los factores cognitivos que actúan como predisponentes, mantenedores o protectores. Esta distinción no solo contribuye al esclarecimiento del perfil cognitivo asociado a la adicción, sino que además orienta la creación de intervenciones diferenciales, sensibles al nivel de vulnerabilidad psicológica de cada población.

Reconocer estos factores aporta elementos significativos tanto para la intervención clínica como para el desarrollo de conocimiento teórico en la región. Asimismo, abre la puerta a la formulación de iniciativas preventivas que reduzcan la proliferación de esquemas disfuncionales y estilos de afrontamiento asociados a una mayor susceptibilidad al fenómeno adictivo.

Antecedentes

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y las adicciones constituyen un fenómeno complejo, multicausal y de creciente interés para la investigación contemporánea. En las últimas décadas, tanto a nivel internacional como nacional y local, se han desarrollado estudios que buscan comprender no solo la magnitud del consumo, sino también los factores psicológicos que lo explican, entre ellos los esquemas maladaptativos tempranos (EMT) y los estilos de afrontamiento. Explorar estos elementos permite comprender cómo ciertos patrones cognitivos y emocionales, adquiridos en etapas tempranas, influyen en la vulnerabilidad al consumo y en su mantenimiento. En este contexto, los antecedentes revisados ofrecen una mirada amplia sobre la relación entre variables psicológicas, historia personal y dinámica sociocultural, evidenciando la necesidad de continuar investigando el perfil cognitivo y emocional de las personas con trastorno por consumo de sustancias.

Internacionales

La adicción es un fenómeno multicausal que exige un abordaje sustentado en evidencia empírica. Desde modelos biopsicosociales, Griffiths (2014) plantea que la adicción resulta de la interacción entre factores farmacológicos, culturales, situacionales y de personalidad, lo que resalta la necesidad de explorar componentes cognitivos profundos.

En esta línea, diversas investigaciones han abordado los EMTs en población consumidora. Jalali et al. (2011), en un estudio en Irán con 46 consumidores de opiáceos, encontraron mayor frecuencia de esquemas como inestabilidad/abandono, vergüenza/defectuosidad y dependencia/incompetencia, hallazgos replicados por Bakshsi y Nikmanesh (2013) en población universitaria. Shorey et al. (2012; 2014), en estudios realizados en Estados Unidos con hombres en tratamiento, reportaron la predominancia de esquemas como desconfianza/abuso, autocontrol insuficiente, derecho/grandiosidad y autosacrificio.

Respecto a los estilos de afrontamiento, Cano et al. (1994) evidenciaron que mayores niveles de ansiedad se asocian con estrategias menos adaptativas para manejar el craving. Casullo et al. (2002) mostraron que adolescentes con bajo bienestar psicológico recurren con más frecuencia a afrontamiento improductivo, mientras que Aleixandre y Del Río (2004) identificaron que la evitación y la impulsividad aumentan la vulnerabilidad al consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

Adicionalmente, estudios clásicos como los de Halsted, Bennet y Cunningham (1993) y Phelps y Jarvis (1994) revelan diferencias de afrontamiento según género, con mayor evitación en hombres y mayor expresión emocional en mujeres.

Finalmente, investigaciones sobre dinámicas familiares (Iglesias et al., 2012; Falke, 1998; Hoffmann y Su, 1998; Del Río y Mestre, 2013) indican que la desorganización familiar, el abuso

infantil y la comunicación deficiente se asocian a la formación de esquemas cognitivos disfuncionales y mayor riesgo de consumo en la adultez.

Nacionales

Los estudios realizados en Colombia muestran patrones que coinciden con la literatura internacional, aunque con particularidades propias del contexto social.

A nivel epidemiológico, el Ministerio de Justicia (2013), reportan que el consumo global de sustancias ilícitas ha aumentado desde 2008, manteniéndose la marihuana como la de mayor prevalencia. A nivel psicológico, Núñez et al. (2005), en Bogotá, encontraron que las personas consumidoras presentan menor percepción del riesgo, mayor evasión de la realidad y actitudes de tolerancia hacia el consumo, a diferencia del grupo no consumidor.

En cuanto a los EMTs, Díaz et al. (2010) mostraron en universitarios que el consumo de alcohol se relaciona con los esquemas inestabilidad/abandono, desconfianza/abuso, autocontrol insuficiente, autosacrificio y derecho/grandiosidad, hallazgos que coinciden con tendencias internacionales.

La revisión de Escobar y Garcés (2011) y Baeza (2008) concluye que la investigación en Colombia y América Latina sobre adicciones, EMTs y afrontamiento se mantiene limitada, lo que evidencia una brecha teórica significativa y la necesidad de más estudios contextualizados en el país.

Locales

A nivel regional, el Gobierno Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011) estableció que el departamento del Cauca se encuentra entre los de mayor incidencia de consumo de sustancias ilícitas, situación agravada por su vulnerabilidad social, económica y geográfica.

Esta realidad convierte al Cauca en un territorio prioritario para el desarrollo de estudios que permitan comprender los factores psicológicos asociados al consumo.

A pesar de la relevancia del problema, existe una escasez de investigaciones locales que exploren específicamente los EMTs y los estilos de afrontamiento en personas consumidoras institucionalizadas, lo cual justifica la pertinencia y necesidad del presente estudio.

En conjunto, los antecedentes internacionales, nacionales y locales evidencian que tanto los esquemas maladaptativos tempranos como los estilos de afrontamiento desempeñan un papel central en la vulnerabilidad y mantenimiento del consumo de SPA. Sin embargo, también revelan una limitada producción científica reciente, especialmente en Colombia y de manera más crítica en departamentos como el Cauca, donde la problemática tiene una alta incidencia. Por ello, el presente estudio busca contribuir a esta brecha investigativa mediante la descripción comparativa entre una población institucionalizada y un grupo control no consumidor, con el fin de aportar evidencia empírica actualizada para el diseño de estrategias preventivas y terapéuticas contextualizadas.

Cabe señalar que durante la revisión bibliográfica se identificó una limitada disponibilidad de estudios recientes específicamente orientados al consumo de sustancias psicoactivas y su relación con los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos de afrontamiento. La producción científica más actual se ha enfocado principalmente en nuevas formas de adicción, en especial aquellas vinculadas al uso problemático de redes sociales, videojuegos y tecnologías digitales, lo que ha desplazado parcialmente el interés hacia las adicciones comportamentales. Como resultado, gran parte de los estudios disponibles sobre EMTs, afrontamiento y consumo de SPA corresponden a periodos anteriores: mantienen validez conceptual, pero no representan plenamente las dinámicas actuales del fenómeno. Esta brecha

refuerza la pertinencia de investigaciones que reactiven el análisis del perfil cognitivo en el uso de sustancias, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad como el departamento del Cauca.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el perfil psicológico de la población diagnosticada con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas de la IPS red Sanar y Vivir en el periodo 2025-II

Objetivos Específicos

Identificar los esquemas maladaptativos tempranos presentes en población diagnosticada con trastorno por consumo de sustancia psicoactiva y en el grupo control.

Conocer los estilos de afrontamiento presentes en el grupo diagnosticado con trastorno por consumo de sustancias y en el grupo control.

Relacionar los hallazgos encontrados en los estilos de afrontamiento y esquema maladaptativos tempranos en las dos muestras.

Referentes Teórico Conceptual

Perfil Cognitivo

Semerari (2002) plantea que los perfiles cognitivos corresponden a “modelos cognitivos inadaptados que regulan de forma patógena la elaboración de la información. Estos son específicos dependiendo de los diferentes desordenes. La teoría cognitiva considera que es posible trazar un perfil cognitivo diferente para los principales síndromes psiquiátricos” (p.29). Esto refleja creencias nucleares que organizan como los individuos interpretan el mundo, facilitando procesos de adaptación funcional o disfuncional (Millón y Davis, 1998; Beck, 2000).

Las investigaciones sobre perfiles cognitivos en el ámbito de las adicciones constituyen estructuras estables que predicen vulnerabilidad y patrones de procesamiento; las creencias centrales y los esquemas maladaptativos tempranos son ejemplos de estas estructuras, integrando componentes cognitivos y emocionales relevantes para la personalidad (Beck, 2000; Young, 1994).

Por otra parte, Lazarus y Folkman (1986), a partir de sus estudios sobre estrés, adaptación y afrontamiento, proponen el concepto de estilos de afrontamiento, entendido como los patrones cognitivos y conductuales característicos que los individuos utilizan para manejar demandas internas o externas que perciben como desbordantes de sus propios recursos. Este componente resulta crucial en la definición, ya que la forma en que un sujeto enfrenta dichas demandas constituye un factor de vulnerabilidad que debe ser considerando en la psicoterapia, especialmente en los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Teoría Cognitiva de Adiciones

El DSM-5 establece una distinción entre los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. En este último grupo, el rasgo central es la presencia de un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos, que reflejan la pertenencia y progresión del consumo a pesar de las consecuencias negativas que este genera en la vida del individuo. El manual organiza los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de SPA en tres ejes psicopatológicos fundamentales: déficit en el control del consumo, deterioro en la funcionalidad social y consumo en contexto de riesgo.

La investigación se centra en personas diagnosticadas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, cumpliendo con criterios diagnósticos validados y confiables. Asimismo,

se realizará una comparación entre personas con y sin dicho diagnóstico para analizar diferencias en los perfiles cognitivos, emocionales y conductuales.

Enfoque Cognitivo Conductual y Adición

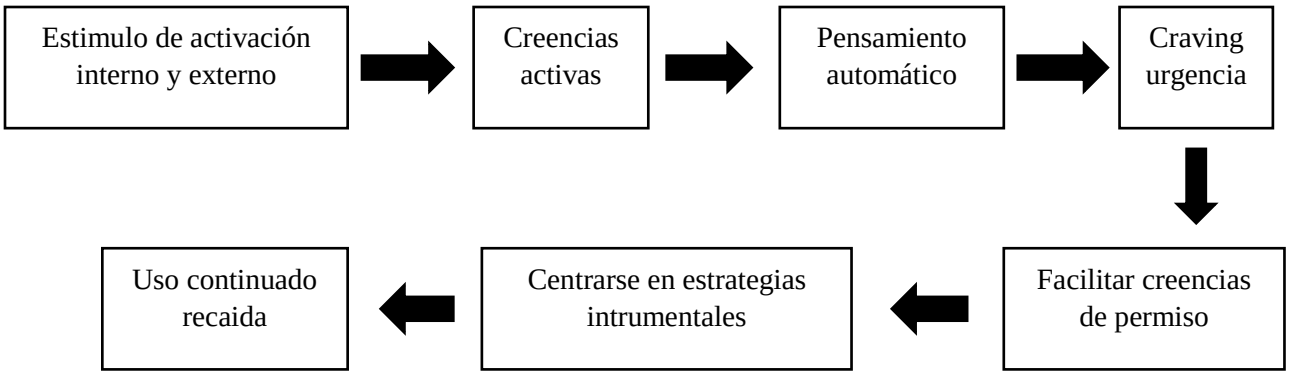
Este enfoque constituye un marco teórico más influyente para la compresión y tratamiento de la drogodependencia. Desde esta perspectiva, la adicción se concibe como resultado de una interacción entre procesos cognitivos, emocionales y conductuales que mantienen y refuerzan el consumo de sustancias.

Dicho modelo plantea que el individuo desarrolla esquemas maladaptativos y creencias disfuncionales que justifican o minimizan el impacto del consumo, atribuyéndole propiedades de regulación emocional o afrontamiento frente a situaciones de malestar.

A nivel conductual, la drogodependencia se explica mediante los principios del condicionamiento clásico y operante. Por un lado, la sustancia se asocia con estímulos ambientales y emocionales que funcionan como desencadenantes del consumo. Por otro, la experiencia inmediata de alivio actúa como reforzador positivo y negativo, incrementando la probabilidad de repetición de la conducta adictiva. En este sentido, el modelo integral del abuso de sustancias articula los factores cognitivos, emocionales y conductuales implicados en la drogodependencia.

Figura 1

Modelo completo del abuso de sustancias de A. Beck y colaboradores, (1999), pag.78



El modelo cognitivo conductual en drogodependencia refleja la rigurosidad conceptual con este enfoque explica el fenómeno adictivo. A partir de los aportes de Beck et al. (1999), así como publicaciones posteriores que abordan la drogodependencia desde esta perspectiva (Knapp, Ernani, y Baldisserotto, 2001; Ernani, 2004), se ha consolidado la idea de que las adicciones se fundamentan en un proceso de retroalimentación cognitiva específico.

Desde este planteamiento, la adicción puede ser comprendida como un patrón cognitivo, emocional y conductual particular de relación con la sustancia. Ante una situación estresante ya sea interna o externa o lo que Knapp et al. (2001) denominan un “estímulo gatillo”, se activan creencias centrales e intermedias relacionadas con una baja tolerancia a la frustración. Además, se manifiestan dos estructuras cognitivas fundamentales identificadas por Beck et al. (1999): las creencias de desamparo y desamor.

Las creencias disfuncionales que se activan frente al malestar se relacionan con pensamientos anticipatorios que atribuyen a las sustancias la capacidad de proporcionar alivio o bienestar, cuando este proceso avanza las creencias permisivas justifican el consumo. Cuando las creencias orientadas al control son superadas por la intensidad del craving (deseo excesivo de consumo), la probabilidad de recaída se incrementa de forma considerable.

La teoría cognitiva no solo ofrece una explicación detallada del consumo de SPA, sino que también aporta la noción de vulnerabilidad cognitiva frente a la adicción. Esta noción facilita

identificar distintos perfiles psicológicos y rasgos asociados a trastornos específicos, orientando así la exploración de factores estructurales que subyacentes al sufrimiento humano. En contexto, se desarrolla la teoría de los esquemas maladaptativos temprano (EMTs), concebida como una ampliación de la terapia cognitiva estándar. Esta teoría ha enriquecido la compresión del perfil cognitivo en múltiples patológicos, ofreciendo un abordaje más profundo del fenómeno adictivo y de los mecanismos psicológicos que lo sustentan.

Bases Conceptuales del Modelo Centrado en los EMTs

Hablar de EMTs supone introducirse en conceptos más profundos y trascendentes de la psicología contemporánea. Su reconocimiento no es casual, ya que ha permeado diversos enfoques psicoterapéuticos y se reconoce como un factor transversal en la compresión psicopatológica actual (Kestemberg, 1980, citado en Aguirre, 1994).

En el desarrollo cognitivo, Piaget (2000) plantea que las estructuras mentales se transforman progresivamente, partiendo de esquemas sensoriomotores hasta del pensamiento formal, entendido el esquema como una estructura cognitiva organizada, trasferible y generalizable que orientan tanto la percepción como los procesos atencionales. Por su parte, Bartlett (1990) describe el esquema como una organización activa de experiencias previas que influye en las respuestas actuales. Así, el comportamiento se interpreta como una síntesis de experiencias acumuladas a lo largo de la historia del individuo.

En concordancia, Semerari (2002) reconoce la vigencia de Bartlett altamente reactivas que movilizan intereses, motivaciones y componentes afectivos del organismo. Desde este punto de vista, el esquema se comprende no solo como una estructura cognitiva, sino también como un organizador perceptual y emocional que refleja la influencia de la historia personal sobre comportamiento humano.

El paso decisivo hacia el ámbito psicoterapéutico y psicológico se dio con los trabajos de Beck (1967,1982), quien centró su atención en los esquemas de la depresión. Beck subrayó la importancia de los esquemas como núcleo explicativo de la psicopatología, señalando que estos "sesgan nuestras interpretaciones de los eventos, reflejándose en concepciones erróneas, actitudes distorsionadas, premisas invalidadas, metas y expectativas irreales" (Beck, 1982, p. 284). Asimismo, Segal (1988) definió los esquemas como una "Organización de elementos de reacciones pasadas y experiencias que conforman un cuerpo relativamente cohesionado y persistente de conocimiento, capaz de guiar percepciones y valoraciones posteriores" (p, 147). Esta definición enfatiza la persistencia de cohesión de los esquemas, así como su papel en la estructuración de la experiencia subjetiva.

A partir de estas aproximaciones, la teoría de los esquemas maladaptativos tempranos (EMTs) se muestra consistente con las concepciones de Segal (1988) y Semerari (2002). Si bien retoma la base propuesta por Beck, la amplía al integrar un componente histórico, emocional y motivacional, lo cual resulta clave para abordar los casos en que la psicología cognitiva estándar ha mostrado limitaciones, particularmente en trastornos con alta comorbilidad de rasgos de personalidad.

En respuesta a la necesidad de incrementar la eficiencia en el tratamiento de los trastornos de la personalidad, Young (1994, citado en Stein y Young, 1992) introdujo el concepto de esquemas maladaptativos tempranos (EMTs). Estos se definen como patrones profundos y estables de pensamiento, emoción y memoria, desarrollados en etapas tempranas de la vida, que pueden permanecer latentes y reactivarse rápidamente ante determinados estímulos ambientales.

Los EMTs se caracterizan por ser estructuras emocionales altamente reactivas, estables y resistentes al cambio, lo cual los convierte en factores de vulnerabilidad significativos en múltiples psicopatologías, incluyendo las adicciones. Por lo tanto, conocer sus bases, características y dimensiones constituye una condición indispensable para el análisis del fenómeno adictivo desde una perspectiva cognitivo- esquemática, aportando una teoría fértil y vigente en la psicología actual.

Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs)

Young (1999) explica que los EMTs corresponden a formas duraderas de pensamiento y emoción que se originan en la infancia y afectan la forma en que las personas se puedan relacionar con los demás. Esta definición aporta la disfuncionalidad como criterio esencial, es decir que los esquemas como construcciones psicológicas influenciadas por experiencias infantiles, deben causar en el individuo malestar significativo o interferir con su desarrollo adecuado en una o varias esferas de su desarrollo. De acuerdo con Young et al. (2003), los esquemas maladaptativos tempranos presentan las siguientes características

Tabla 1

Características de esquemas maladaptativos

Características	Definición
Las creencias y sentimiento incondicionales	Constituyen verdades asumidas acerca de uno mismo y de la relación con el entorno, que se internaliza y se acepta como incuestionables.
Autoperpetuación	Son resistentes al cambio debido a que cualquier intento de modificación amenaza directamente la identidad del sujeto. Por ello, la persona recurre a maniobras cognitivas y conductuales que refuerzan la permanecía del esquema
Disfuncionalidad recurrente	Afecta de manera significativa y constante variables psicosociales, generando

	vulnerabilidad hacia psicopatologías específicas.
Activación situacional	Suelen ser desencadenados por eventos ambientales relevantes que coinciden con los contenidos del esquema.
Asociación con la afectividad	Están estrechamente vinculados a altos niveles de carga emocional, facilitando la activación de creencias subyacentes.
Origen temprano	Surgen de la interacción entre el temperamento innato del niño y experiencias relacionales disfuncionales, generalmente con figuras de apego significativas, quienes refuerzan de manera respectiva patrones de interacción nocivos.

Autores como Guidano y Liotti (1983) señalan que los esquemas poseen características específicas como incondicionalidad, centralidad de la identidad, naturaleza circular y función confirmatorias, en tanto buscan coherencia entre la información externa y la autoimagen. Desde el análisis de los trastornos de la personalidad, Millón (1981) estudian como los esquemas disfuncionales se forman a partir de la interacción entre experiencias adversas durante la infancia, susceptibilidades cognitivas definidas, incremento de la alerta que refuerza la circularidad del esquema, y distorsiones en la interpretación de la realidad objetiva.

De este modo, los EMTs adquieren un papel estructural y constitutivo en la formación de patrones disfuncionales de la personalidad, lo que explica su relevancia dentro de los discursos psicológicos contemporáneos.

Dimensiones y Esquemas

El avance conceptual propuesto por Young y colaboradores organizan los EMTs en cinco dimensiones que corresponde a necesidades emocionales básicas insatisfechas durante la infancia (Young et al., 2003). Dentro de los cuales se agrupan 15 esquemas maladaptativos, que contribuyen a patrones profundos y estables de pasamientos y emocional, para su medición se

desarrolló el Young Schema Questionnaire Short Form Second Edition (YSQ-S2), una versión abreviada del cuestionario largo, publicada en 1995 (Young, 1995). Este instrumento está conformado por 75 ítems que evalúa 15 esquemas maladaptativos.

En Colombia, fue validado por Londoño et al. (2009), en una muestra de universitarios, encontrando grandes índices de confiabilidad y validez para los esquemas de primer orden. Aunque la estructura de segundo orden (cinco dominios) mostraron flexibilidad, la investigación concluyó que esta versión es adecuada para evaluar los EMTs en población colombiana.

En síntesis, la ampliación del YSQ-S2 permite identificar esos patrones emocionales y cognitivos que influyen en la percepción y relaciones interpersonales; en el ámbito de las adiciones, estos esquemas representan factores de vulnerabilidad cuya evolución resulta prácticas y pertinente.

Tabla 2

Esquemas maladaptativos tempranos asociados con dominios esquemáticos

Dimensiones	Esquemas maladaptativos tempranos EMTs
Desconexión y rechazo	Inestabilidad/abandono: la creencia de que la figura de apoyo no estará presente para su cuidado. Aislamiento social: sentimiento de estar aislando del resto del mundo, diferente de los demás o que no hace parte de ningún grupo o comunidad Privación emocional: creencia de que sus necesidades emocionales no serán satisfechas (empatía, protección y apoyo). Desconfianza: expectativa de que los demás van a abusaran, engañar y tomaran ventaja de ellos. Defectuosidad: sentimiento de ser defectuoso, malo, indeseable e inferior.
Autonomía e identidad deteriorada	Fracaso: creencia de que está fallando o que fallara en algún momento, que es menos exitoso en las diferentes áreas que los demás.

	Dependencia: creencia de que es incapaz de lidiar con sus propias responsabilidades y que siempre necesita la ayuda considerable de alguien más. Vulnerabilidad: miedo exagerado a catástrofes, enfermedades que será incapaz de prevenir. Simbiosis: se involucra de manera excesiva emocionalmente con una o más personas y no puede tener autonomía.
Limites insuficientes	Grandiosidad: Creencia de ser superior a las demás personas, merecedor de privilegios sin necesidad de cumplir con las reglas sociales. Disciplina insuficiente: profunda dificultad de ejercer suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para lograr las metas personales.
Orientado hacia otros	Subyugación: excesiva rendición de control a los demás para evitar rechazo, ira o abandono. Sacrificio: tendencia a priorizar las necesidades de los demás por minimizando su propio bienestar, con sentimiento de culpa si no se hace.
Sobrevigilancia e inhibición	Inhibición emocional: excesiva inhibición de los actos, sentimientos espontáneos o comunicación usualmente para evitar la desaprobación de los otros, culpa o perder en control de sus propios impulsos. Estándares inflexibles: creencia de que debe alcanzar estándares internos muy altos para evitar errores o críticas.

Fuente: Young, 1999, p.15

El Abuso de SPA y la Teoría de los EMTs

Aunque la investigación que vincula directamente los esquemas Maladaptativos Tempranos con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) aún es limitada, su conceptualización ha alcanzado un nivel de desarrollo significativo, constituyéndose en un paradigma prometedor para el abordaje de las adicciones en el campo clínico.

En este contexto, Keenga (2012). Plantea que “las personas consumen para regular sus emociones: liberarse de las negativas y extender las positivas. En la perspectiva cognitivo conductual se considera que las personas con dificultades para regular las emociones son las más

vulnerables al consumo" (p.5). A partir de esta afirmación, los esquemas con alta carga emocional pueden constituir la base cognitiva del sufrimiento, favoreciendo el uso sustancias como medio de regulación afectiva.

La segunda premisa establece que "nadie nace consumidor ni comienza a consumir espontáneamente" (Keegan, 2012, p.7). Esto permite inferir que el consumo surge de la integración entre experiencias de vida tempranas, patrones cognitivos rígidos y estructuras emocionales inflexibles, las cuales predisponen a que el sujeto busque en una sustancia un mecanismo compensatorio para alcanzar una sensación de equilibrio subjetivo.

Diversos estudios han respaldado esta relación. Barry et al. (2007), así como Calvete (2008), encontraron que esquemas relacionados con la falta de control emocional y con una visión negativa de sí mismo constituyen bases psicológicas relevantes en el desarrollo de las adicciones. De manera complementaria, Young y Klosko (1993) señalaron que el dominio de limites deteriorados se vincula estrechamente con la conducta aditiva, al estar asociado con fallas en la autodirección, la dificultad para establecer límites internos y una baja responsabilidad social. Este dominio incluye dos esquemas centrales: grandiosidad y autodisciplina insuficientes.

En el caso del esquema de grandiosidad, el individuo se percibe como superior frente a los demás, mostrando además baja tolerancia a la frustración. Mesa y Fuentes (1996) identificaron este esquema como un factor crítico en la vulnerabilidad al abuso de SPA. Por otra parte, el esquema de autodisciplina insuficiente implica la percepción de incapacidad para regular impulso o preservar en metas, generando sentimiento de desbordamiento frente a las exigencias del entorno. Este patrón ha sido descrito como una vulnerabilidad cognitiva clave de la adicción, coherente con los hallazgos de Berry et al. (2007) y Calvete y Estévez (2009)

respecto a la dificultad de las personas con adicciones para regular tanto sus emociones como sus cogniciones.

Asimismo, Rodríguez (2009) sostiene que “el modelo basado en los EMTs hipotetiza que el consumo de sustancias puede ocurrir como una expresión directa del comportamiento por la activación de algunos esquemas” (p.9). Entre los más relevantes, además de los ya mencionados, se destacan: subyugación y sacrificio. En esta línea, se plantea que la activación de un esquema disfuncional, junto con la consecuente carga emocional negativa, puede desencadenar respuestas de evitación o contraataques poco funcionales, generando el escenario propicio para la consolidación de una conducta adictiva.

En conclusión, los esquemas maladaptativos tempranos, al estar profundamente cargados de contenido cognitivo y afectivo, producen efectos colaterales persistentes a lo largo de la vida. Frente a estas dificultades, el individuo puede optar de manera consciente o inconsciente por estrategias maladaptativas como el consumo de sustancias, las cuales reducen temporalmente el malestar, pero a la vez refuerza y perpetua el esquema disfuncional. Este proceso explica la aparente afinidad entre las respuestas psicológicas inmediatas al consumo de SPA y las estructuras cognitivas del adicto, configurando un círculo vicioso de mantenimiento del malestar y la dependencia psicológica.

Estilos de Afrontamiento

Según Lazarus y Folkman (1986), los estilos de afrontamiento son “estrategias cognitivas y conductuales que las personas utilizan enfrentar demandas que superan los recursos del individuo” (p.164). Esta definición integra tres aspectos fundamentales: el carácter evolutivo, el componente adaptativo y la naturaleza autorreferencial del afrontamiento, lo que implica que el ser humano establece una interacción continua entre los estímulos internos, externos y la

percepción objetiva o subjetiva de los recursos disponibles para enfrentar situaciones demandantes.

El afrontamiento se considera un componente estructural de personalidad, activándose frente a demandas significativas y mostrando diferencias individuales estables en la adaptación psicológica. Diversos autores han delimitado la definición diferenciando entre estilos y estrategias de afrontamiento (Carver y Scheier, 1994; Fernández et al., 1997; Cassaretto, 2003). Los estilos de afrontamiento son disposiciones estables que reflejan patrones duraderos de pensamientos, acción y emoción, mientras que las estrategias son respuestas especificas moduladas por el estilo predominante.

En la presente investigación se emplea el inventario de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), reducido por Vitaliano et al. (1987) y traducido por flores (1993, citado en Romero y Palacio, 2009), que describe cinco estilos principales atreves de 42 ítems, aplicables en contextos clínicos y científicos.

Tabla 3:

Estilos de afrontamiento

Estilo centrado en la solución de problemas (SP)	Estrategias cognitivas, conductuales y emocionales orientadas a resolver activamente el conflicto.
Estilo en la búsqueda de soporte social (SS)	Capacidad del individuo para recurrir a otros como fuente de apoyo emocional, instrumental e informativo.
Estilo evitativo (EV)	Caracteriza a las personas que emplean estrategias para evadir el problema, ya sea enfrentando o evitando una situación, bajo la percepción de carecer de recursos insuficientes para afrontarlas.
Estilo de autoculpabilización (AC)	Estas personas tienden a responsabilizarse ilimitadamente de situaciones adversas, incluso en aquellas en que el control personal es mínimo o inexistente.

Estilo fantasioso (FA)	No aceptan la realidad y prefieren recurrir a la imaginación, las creencias mágicas. Se caracteriza por la evasión de la situación mediante la desconexión con la cotidianidad.

De manera general, el afrontamiento consiste en una respuesta adaptativa al estrés, que no implica un control absoluto de la situación, sino una negociación flexible y multidimensional de tipo emocional, cognitivo e instrumental frente a las demandas internas o externas que se perciben como desbordantes.

Estilo de Afrontamiento y Adicciones

El modelo de afrontamiento al estrés propuesto por Wills y Shiffan (1985) y amplio posteriormente por Wills et al. (1996), platea que el consumo de SPA puede ser un recurso para manejar efectos negativos del estrés o aumentar la capacidad para afrontar las adversidades psicológicas.

Marlatt y Gordon (1985) señala que la recaída se produce cuando el individuo no puede aplicar estrategias afrontamiento adecuadas, especialmente bajo tensión, y enfatiza la preparación para tomar decisiones funcionales en situaciones críticas.

Desde una perspectiva complementaria, Risk et al. (1992), así como Ortega et al. (2011), relacionan la drogodependencia y los estilos de afrontamiento mediante la teoría de los factores de riesgos y protección. En este sentido, señalan que dentro de comunidades Terapéuticas (CT) o en cualquier proceso de rehabilitación basado en la abstinencia, el sujeto se ve obligado a emplear estrategias alternativas al consumo, las cuales pueden convertirse en factores protectores de riego dependiendo de sus características personales y del contexto cultural. Ortega et al. (2011) subrayan la importancia de conocer los estilos de afrontamiento permiten valorar si las estrategias utilizadas son acordes al perfil psicológico del sujeto; identificar si el tipo de sustancias consumida propicias formas específicas de afrontamiento; modificar estilos de

afrontamiento desadaptativos; y prevenir recaídas al fomentar recursos eficaces de afrontamiento (p.57).

En este orden de ideas Prochaska et al. (1992). En el modelo centrado en los estadios de cambio, destacan que la rehabilitación implica procesos psicológicos específicos que ayudan al adicto a sostener la abstinencia. En la fase de mantenimiento, el uso de estrategias como el contacto social saludable y el aprendizaje de habilidades de decisión se asocia con menor riesgo de recaída.

Asimismo, Wagner, et al., 1999 concluyen que los adolescentes que emplean estrategias activas de afrontamiento ante situaciones demandantes consumen menos sustancias que aquellos que tienden a la evitación.

Las estrategias más estudiadas incluyen habilidades sociales (Chaner et al., 1982; Marlatt y Gordon, 1978; Monti et al., 1986), resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971) y manejo del estrés (Lazarus y Folkman, 1984). Esta propuesta ha orientado la psicoterapia a promover distanciamiento crítico y reducir decisiones impulsivas. Finalmente, los antecedentes familiares influyen en la vulnerabilidad al consumo de SPA, configurando esquemas cognitivos y estilos de afrontamiento que pueden ser protectores o de riesgo en la rehabilitación.

Estrategia Metodológica

El presente estudio se desarrolla bajo las orientaciones metodológicas de Hernández et al. (2003), quienes plantean que el diseño de investigación constituye la estructura lógica que guía la recolección, el análisis y la interpretación de los datos. Conforme a ello, se adoptó un diseño no experimental, transversal y descriptivo-comparativo, cuya articulación metodológica se explica de manera integrada a continuación.

En primer lugar, el estudio es no experimental, dado que no se manipulan deliberadamente las variables de interés. Los fenómenos se observan tal como se presentan en su contexto natural, sin intervención directa de las investigadoras, lo cual resulta adecuado cuando el propósito es examinar características psicológicas presentes en los participantes (Arias, 2012).

En segundo lugar, dentro de los diseños no experimentales, el estudio es transversal, puesto que la recolección de información se llevó a cabo en un único momento. Esta modalidad permite describir el comportamiento de las variables esquemas maladaptativos tempranos y estilos de afrontamiento sin necesidad de realizar seguimientos posteriores (Hernández et al., 2003).

Finalmente, el diseño es descriptivo-comparativo, ya que busca identificar, describir y contrastar las diferencias entre dos grupos naturalmente constituidos: hombres consumidores de sustancias psicoactivas y hombres no consumidores. Como señalan Kerlinger y Lee (2002), los estudios descriptivos permiten detallar características cognitivas y conductuales, mientras que la perspectiva comparativa facilita establecer diferencias significativas entre grupos clínicos y no clínicos. Este enfoque permite comprender patrones cognitivos y de afrontamiento que podrían relacionarse con la presencia o ausencia de consumo problemático, lo cual aporta insumos relevantes para futuras intervenciones psicológicas (APA, 2017).

La articulación de estos tres niveles de diseño no experimental, transversal y descriptivo-comparativo ofrece una estructura metodológica coherente con los objetivos del estudio y con la naturaleza de las variables psicológicas analizadas.

Población y Muestra

La población estuvo conformada por dos grupos diferenciados: hombres consumidores de sustancias psicoactivas, internados en la IPS Sanar y Vivir de la ciudad de Popayán, en proceso de rehabilitación.

Hombres no consumidores de sustancias psicoactivas, residentes en el departamento del Cauca y seleccionados mediante muestreo por conveniencia.

Esta delimitación permite comparar características cognitivas y estilos de afrontamiento entre individuos con consumo problemático y sujetos no consumidores, favoreciendo el análisis de posibles diferencias psicológicas entre ambos grupos. La muestra estuvo compuesta por 80 participantes en total: 40 hombres consumidores y 40 no consumidores. Todos los participantes eran mayores de edad y de sexo masculino, decisión tomada para controlar el efecto de las diferencias de género en las variables a estudiar, lo cual incrementa la validez interna del diseño comparativo.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, considerando la accesibilidad y disponibilidad de los sujetos y la factibilidad de reclutamiento tanto en el contexto institucional como comunitario.

Criterios de Selección

Grupo de consumidores (IPS Sanar y Vivir)

Tabla 4:

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Haber sido diagnosticado dentro de la institución con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas.	Pacientes que no supieran leer ni escribir, dado que los instrumentos eran de autoadministración.
Encontrarse en condiciones psicológicas adecuadas (emocionales, cognitivas y conductuales) para responder los instrumentos de evaluación.	Aquellos que no hubiesen diligenciado el consentimiento informado.

Ser residentes de los estratos socioeconómicos 0,1 o 2, en consideración a las particularidades de los contextos familiares y comunitarios en relación con la exposición y acceso a sustancias.	Pacientes diagnosticados con trastorno del neurodesarrollo, trastornos del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, por las posibles limitaciones en la comprensión y en la validez de sus respuestas.
Haber asistido voluntariamente a la capacitación sobre la forma adecuada de responder los ítems de los instrumentos y sobre la naturaleza del estudio.	

Grupo de Hombres no Consumidores.

Este grupo estuvo conformado por hombres no consumidores de sustancias psicoactivas, seleccionados de manera cercana a las investigadoras.

La recolección de la información en este grupo se llevó a cabo de forma virtual, mediante un formato en línea, el formato digital incluyo el consentimiento informado, donde se especifica que la participación era anónima, que no se solicitaba datos personales identificables, y que la información recolectada seria utilizada únicamente con fines investigativos, previo a la participación, se explicó de manera clara y ética el objetivo del estudio y la forma de diligenciamiento de los instrumentos.

De esta manera, tanto el grupo consumidor como no consumidor, se garantizaron los principios de voluntariedad, confidencialidad y rigor ético en el proceso de recolección de datos, en concordancia con los lineamientos de la investigación psicológica.

Instrumentos

Para cumplir el objetivo de identificar los esquemas maladaptativos tempranos y los estilos de afrontamiento en personas con diagnostico por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y en el grupo no consumidor, se emplearon dos cuestionarios de autoinforme.

Young Schema Questionnaire – Short Form (YSQ-SF)

El YSQ-SF es una versión abreviada del cuestionario de esquemas tempranos de Young, diseñada para evaluar 15 esquemas maladaptativos tempranos (Early Maladaptive Schemas, EMS) distribuidos en cinco dominios: desconexión / rechazo; autonomía comprometida; limites deteriorados; orientación hacia los demás; y sobrevigilancia/inhibición.

El cuestionario consta de 75 ítems, cada uno respondido en la escala tipo Likert de seis puntos, en la que 1 corresponde a "completamente falso" y 6 a "me describe perfectamente" (con opciones intermedias como "la mayoría de las veces falso" o "más verdadero que falso")

Se selecciono este instrumento por su capacidad para explorar en profundidad los patrones cognitivos disfuncionales subyacentes al funcionamiento psicológico. En el contexto del consumo de SPA, el YSQ-SF permite identificar cuales esquemas cognitivos son más frecuentes o intensos entre los consumidores, y compararlos con la población no consumidora. Además, ofrece la posibilidad de explorar diferencias estructurales en esquemas cognitivos entre hombres (o entre géneros si la muestra lo incluyera)

Para interpretar las puntuaciones, algunas guías sugieren que en el YSQ-SF un promedio de 2 o más en un esquema puede indicar activación significativa del mismo.

Cuestionario de Formas de Afrontamiento (42 ítems, 5 estilos)

Para evaluar los estilos de afrontamiento empleados por los participantes ante situaciones estresantes, se aplicó el Cuestionario de Formas de Afrontamiento, el cual consta de 42 ítems y evalúa 5 estilos de afrontamiento denominados: Estilo de afrontamiento centrado en la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, estilo evitativo, estilo fantasioso y estilo de autoculpabilización

Los participantes responden indicando frecuencia con lo que emplean en cada estrategia, lo que permite identificar su estilo predominante de afrontamiento.

Este instrumento es adecuado para capturar las estrategias que los sujetos usan frente al estrés o las dificultades, lo cual es relevante para relacionar estilos de afrontamiento con los esquemas cognitivos maladaptativos evaluados por el YSQ-SF.

Procedimiento

Preparación y Consentimiento Informado

En primera instancia, se reunió a los internos de la IPS Sanar y Vivir que cumplían con los criterios de inclusión, a quienes se les explico de manera detallada el propósito del estudio, los objetivos específicos y el uso de los datos. Posteriormente, se les entrego el consentimiento informado físico, aclarando que la participación era voluntaria, anónima y confidencial, y que los resultados serían utilizados únicamente con fines investigativos.

En el caso de la población no consumidora, las investigadoras identificaron previamente a personas que cumplían con la condición de no consumo de sustancias psicoactivas. A este grupo se le envió un formulario en línea que incluía tanto las instrucciones para el diligenciamiento de los formularios como el consentimiento informado digital. En este documento se precisaba que no era necesario registrar información personal y que los datos serian analizados únicamente para fines de investigación, preservando la confidencialidad.

Este procedimiento responde a los principios éticos de la investigación psicológica con seres humanos, asegurando voluntariedad, anonimato y respeto por la autonomía de los participantes (Weil-Parodi et al., 2024).

Capacitación Previa sobre Administración de los Instrumentos

Antes de la aplicación, se proporcionó a los participantes una inducción breve acerca de la forma de responder los cuestionarios, explicando el formato de escalas tipo Likert y

ejemplificando como interpretar y responder los ítems. El objetivo de esta etapa fue garantizar comprensión adecuada y reducir sesgos por errores de interpretación.

Aplicación de los Instrumentos

Grupo clínico (consumidores): completo los cuestionarios de forma presencial en la IPS, bajo supervisión de las investigadoras, quienes estuvieron disponibles para resolver dudad sin influir en las respuestas.

Grupo no consumidor: completo los cuestionarios en línea de manera autoadministrada, siguiendo las instrucciones incorporadas en el formulario digital.

Revisión y Depuración de Datos

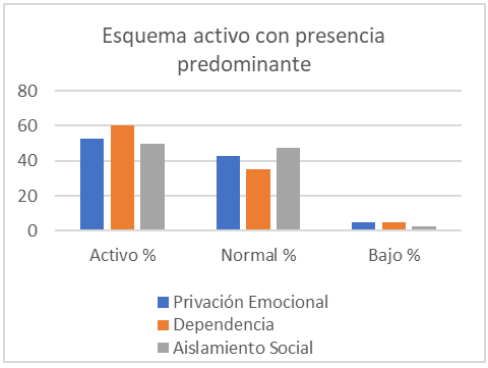
Una vez diligenciados, los cuestionarios fueron revisados para verificar integridad de información. Se excluyeron aquellos con un porcentaje significativo de ítems sin contestar. Los datos validos fueron codificados y digitalizados en Excel.

Resultados y Discusión

Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs)

Población Clínica Consumidora

Figura 2



Nota. Elaboración propia

Figura 3

Al revisar los datos obtenidos, se observa que la población clínica evaluada con el YSQ-SF presenta niveles altos en varios esquemas maladaptativos. Los de mayor activación corresponden a dependencia (60%), privación emocional (53%) y aislamiento social (50%). Estos resultados apuntan a dificultades significativas en la autonomía emocional, la regulación afectiva y el vínculo interpersonal, dimensiones que, según Young et al. (2003), se originan cuando en la infancia no se satisfacen necesidades fundamentales de seguridad, afecto, reconocimiento y estabilidad.

El esquema de dependencia refleja la percepción de incapacidad para afrontar la vida sin ayuda externa, lo cual se asocia a historias de sobreprotección o apego inseguro (Londoño et al., 2009). La privación emocional, por su parte, indica la expectativa persistente de que las necesidades afectivas no serán satisfechas, lo que genera vacío emocional y favorece conductas de búsqueda de alivio inmediato, como el consumo de sustancias (Barry et al., 2007). El esquema de aislamiento social refiere una sensación de no pertenencia frente a los demás, lo que incrementa el retraimiento, la inhibición y la baja autoestima (Calvete, 2008).

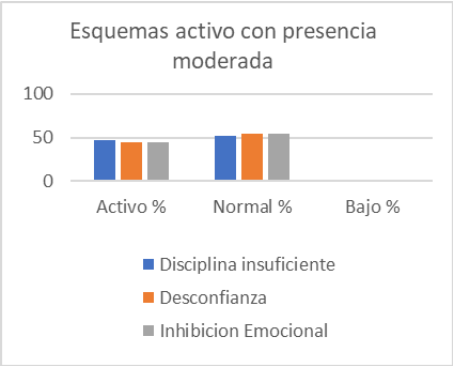
Estos hallazgos no solo permiten describir los esquemas presentes, sino que articulan directamente con la comprensión del consumo de sustancias. La activación elevada de estos esquemas sugiere que la población clínica presenta patrones cognitivo–emocionales que incrementan la vulnerabilidad al uso de sustancias como estrategia de afrontamiento ante el malestar interno.

La interpretación de los resultados se fortalece al compararlos con estudios previos. Tal como reportan González, Martínez y López (2019), las personas con consumo problemático exhiben mayor activación de esquemas del dominio de Desconexión y Rechazo, especialmente abandono, desconfianza y privación emocional, elementos que predisponen a la búsqueda de

alivio a través de conductas evitativas como el consumo. De manera similar, Rivas y Herrera (2020) concluyeron que los esquemas de privación emocional y autocontrol insuficiente eran significativamente más altos en usuarios de sustancias, afectando la regulación afectiva y el manejo de impulsos. Estos patrones son congruentes con los resultados del presente estudio, en el que la privación emocional y el aislamiento aparecen como esquemas centrales.

Al integrar estos hallazgos propios con la evidencia previa, se observa una coherencia sólida: las personas consumidoras presentan mayor activación de esquemas relacionados con carencias afectivas, inseguridad interpersonal y escasa percepción de competencia personal. Esto respalda la idea de que los esquemas maladaptativos no solo están presentes, sino que cumplen un rol explicativo clave al permitir comprender por qué ciertos individuos recurren al consumo como una forma de regular emociones intensas o suplir necesidades afectivas insatisfechas.

En conjunto, estos resultados cumplen los objetivos del estudio al identificar, comparar y, sobre todo, articular la relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y el consumo de sustancias. Además, avanzan más allá de la descripción, ofreciendo una interpretación que integra la evidencia empírica con la teoría y los antecedentes, generando un análisis más claro y explicativo sobre la vulnerabilidad cognitiva en la población clínica evaluada.

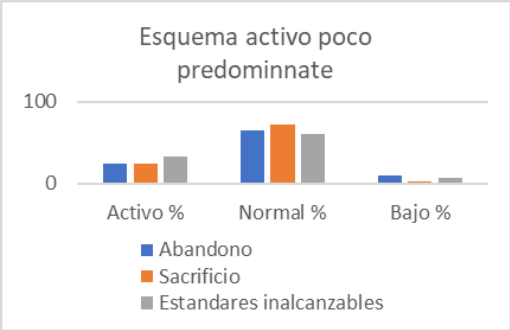


Nota. Elaboración propia

De manera complementaria, los esquemas de disciplina insuficiente (48%), desconfianza/abuso (45%) e inhibición emocional (45%) también se presentaron con niveles moderados en la población clínica. Estos resultados sugieren dificultades en el autocontrol, la regulación de impulsos, la confianza interpersonal y la expresión emocional, dimensiones estrechamente vinculadas a patrones de afrontamiento desadaptativos. La presencia de disciplina insuficiente indica problemas para regular la conducta, baja tolerancia a la frustración y tendencia a actuar de manera impulsiva, características que han sido identificadas como factores de riesgo en el consumo de sustancias. En consonancia, el esquema de desconfianza/abuso refleja la expectativa persistente de ser herido o manipulado por otros, favoreciendo la hipervigilancia y el distanciamiento emocional; mientras que la inhibición emocional sugiere una tendencia a reprimir sentimientos por temor al juicio o al conflicto, lo cual incrementa la probabilidad de utilizar el consumo como vía de escape afectivo.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Keenga (2012), quien reportó que los esquemas de autocontrol insuficiente y desconfianza se presentan con mayor intensidad en personas con consumo problemático, influyendo en la impulsividad y en la dificultad para establecer relaciones afectivas seguras. Asimismo, Rodríguez (2009) encontró que los individuos con mayor inhibición emocional mostraban una mayor propensión a recurrir a sustancias psicoactivas para modular emociones reprimidas o no expresadas, patrón que se refleja de manera consistente en la población evaluada. La comparación con estos estudios respalda la idea de que la activación moderada de estos esquemas no solo complementa la comprensión del perfil cognitivo de la muestra clínica, sino que también contribuye a explicar el uso de sustancias como estrategia de regulación emocional y afrontamiento frente al malestar psicológico.

Figura 4



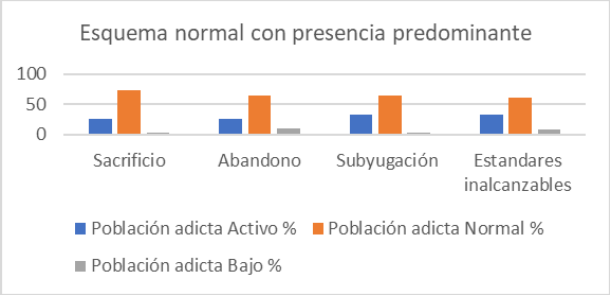
Nota. Elaboración propia

En la población consumidora, los esquemas de sacrificio (25%), abandono (25%) y estándares inalcanzables (33%) se presentaron con una baja predominancia. Aunque sus niveles son menores en comparación con otros esquemas más activados, su presencia sigue siendo significativa en términos de vulnerabilidad emocional. Según Young (1999), estos esquemas se forman en contextos donde las necesidades afectivas no fueron adecuadamente satisfechas, lo que lleva a que las personas desarrollen patrones de autoexigencia, hiperresponsabilidad o temor a ser rechazadas. En el caso del esquema de sacrificio, la tendencia a priorizar las necesidades de otros puede generar desgaste emocional y dificultades para poner límites, mientras que el abandono refleja un temor persistente a la inestabilidad en las relaciones cercanas. Por su parte, estándares inalcanzables implica una autoexigencia rígida y la creencia de que nunca es suficiente, lo que incrementa el estrés y la autocrítica.

Si bien estos esquemas aparecen en niveles bajos, su presencia no es irrelevante. Tal como señala Rodríguez (2009), incluso la activación sutil de esquemas asociados a autoexigencia o miedo al rechazo puede actuar como un factor emocional latente, favoreciendo el uso de sustancias como forma de aliviar la tensión interna o regular emociones difíciles. En este sentido, la baja predominancia observada no descarta su influencia, sino que sugiere que pueden operar

en conjunto con esquemas más intensos, contribuyendo a configurar un perfil cognitivo donde el consumo se convierte en una estrategia de manejo emocional.

Figura 5



Nota. Elaboración propia

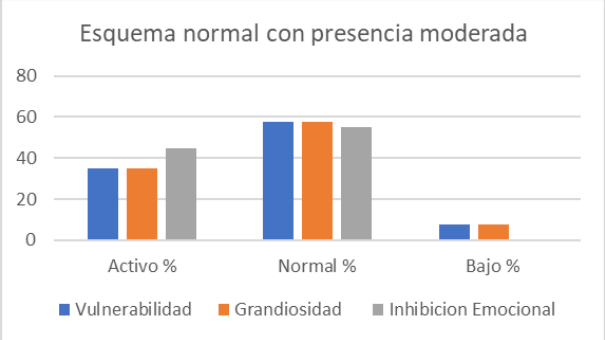
En el nivel normal con presencia predominante se evidenciaron los esquemas de sacrificio (73%), subyugación (65%), abandono (65%) y estándares inalcanzables (60%). Aunque estos puntajes no alcanzan niveles clínicos altos, sí muestran una activación relevante en el grupo evaluado, indicando la presencia de patrones cognitivos asociados a inseguridad, autoexigencia y búsqueda de aprobación. Según Young et al. (2003), estos esquemas se forman en contextos donde las necesidades emocionales básicas —como afecto, validación, protección y autonomía— no fueron plenamente satisfechas, lo que da lugar a creencias rígidas que perpetúan la dependencia afectiva y la necesidad de control o perfección.

Los esquemas de sacrificio y subyugación reflejan una tendencia a reprimir las propias necesidades y a priorizar las de otros, motivados por el temor a generar conflicto o rechazo. Este patrón, aunque puede percibirse como adaptativo socialmente, genera desgaste emocional y dificultad para expresar límites, lo que incrementa la vulnerabilidad psicológica. El esquema de abandono evidencia una preocupación persistente por la estabilidad de las relaciones cercanas, alimentando la inseguridad afectiva y la búsqueda constante de seguridad emocional. Por su

parte, estándares inalcanzables manifiestan una autoexigencia rígida que conduce a la sensación de nunca ser suficiente, lo cual incrementa la tensión interna, la frustración y la autocrítica.

Estos resultados encuentran coherencia con estudios previos. Por ejemplo, González, Martínez y López (2019) reportaron que los esquemas de abandono y subyugación son frecuentes en personas con historia de relaciones inestables, lo que incrementa conductas de dependencia emocional, mientras que Rodríguez (2009) señala que la presencia de autoexigencia extrema —propia de estándares inalcanzables— puede actuar como un factor estresor que predispone al uso de sustancias como vía de escape o regulación afectiva. De esta manera, aun en niveles moderados o normales, estos esquemas configuran una estructura cognitiva marcada por la inseguridad emocional y la necesidad de aprobación externa, elementos que pueden facilitar el consumo de sustancias como forma de aliviar el malestar interno.

Figura 6



Nota. Elaboración propia

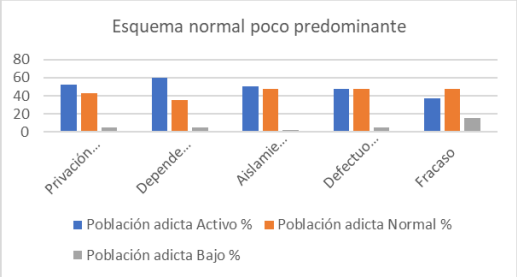
En la población consumidora se identificó, con presencia moderada, la activación de los esquemas de grandiosidad (58%), vulnerabilidad (58%) e inhibición emocional (55%). Según Young et al. (2003), estos esquemas representan patrones cognitivos compensatorios que emergen ante carencias emocionales tempranas y una limitada sensación de seguridad interna. La grandiosidad funciona como una forma de sobrecompensación frente a sentimientos profundos

de insuficiencia o desvalorización; las personas pueden mostrarse autosuficientes o superiores como defensa frente al miedo a ser percibidas como frágiles. El esquema de vulnerabilidad, en contraste, refleja un temor persistente a que algo malo ocurra —ya sea enfermedad, fracaso o pérdida de control—, lo que genera un estado constante de alerta y ansiedad. Por su parte, la inhibición emocional implica la tendencia a reprimir emociones, impulsos o necesidades personales con el fin de evitar el juicio, el conflicto o la desaprobación.

Estos esquemas, cuando se presentan simultáneamente, evidencian rigidez cognitiva y emocional, dificultando la expresión afectiva, la regulación emocional y la construcción de vínculos seguros. En este sentido, el consumo de sustancias puede convertirse en una estrategia para disminuir el malestar interno o escapar temporalmente de la tensión emocional acumulada. La literatura respalda esta interpretación: estudios como los de Keenga (2012) y Rodríguez (2009) han señalado que los esquemas de inhibición emocional y vulnerabilidad están asociados con mayores niveles de ansiedad, malestar afectivo e impulsividad, factores que incrementan la probabilidad de acudir al consumo como forma de autorregulación. Asimismo, investigaciones previas han descrito que los comportamientos de grandiosidad pueden enmascarar inseguridades profundas, motivando conductas de riesgo en un intento de mantener una imagen de control o fortaleza.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que la presencia moderada de grandiosidad, vulnerabilidad e inhibición emocional configura un perfil cognitivo en el cual las estrategias de afrontamiento se vuelven limitadas, facilitando el uso de sustancias como vía de escape emocional o como intento de restaurar momentáneamente la estabilidad interna.

Figura 7



Nota. Elaboración propia

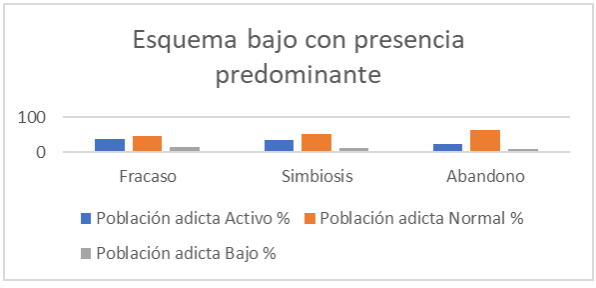
En la población consumidora también se identificaron, con presencia poco predominante, los esquemas de dependencia (35%), privación emocional (43%), aislamiento social (48%), defectuosidad (48%) y fracaso (48%). Aunque estos esquemas no alcanzan niveles altos, su presencia sigue siendo significativa debido a que se encuentran vinculados a los dominios de Desconexión y Rechazo y Autonomía e Identidad Deteriorada, según la clasificación propuesta por Young et al. (2003). Estos dominios reflejan creencias nucleares relacionadas con la ineficacia personal, la sensación de carencia afectiva, la expectativa de rechazo, y un autoconcepto deteriorado, elementos que debilitan la seguridad emocional y la percepción de competencia.

El esquema de dependencia sugiere que la persona considera que no puede desenvolverse sin apoyo externo; la privación emocional indica la convicción de que las necesidades afectivas no serán satisfechas; el aislamiento social refleja la sensación de no pertenecer o ser diferente a los demás; la defectuosidad implica sentirse indigno de amor o defectuoso; y el fracaso se relaciona con la creencia de que inevitablemente se fallará o no se logrará cumplir con las expectativas. Aunque se manifiestan en niveles bajos, estos esquemas actúan como microvulnerabilidades cognitivas que pueden activarse en situaciones de estrés o conflicto emocional.

Desde una perspectiva integradora, estas configuraciones cognitivas pueden favorecer el uso de sustancias como estrategia para manejar emociones dolorosas o contrarrestar sentimientos de vacío, soledad o inadecuación. Como señalan estudios previos, tales como los de Barry et al. (2007) y Rodríguez (2009), incluso la presencia leve de esquemas de privación emocional, fracaso o defectuosidad puede predisponer al individuo a recurrir al consumo como una forma de compensación emocional temporal, perpetuando así el ciclo disfuncional del esquema: el malestar activa la creencia, la creencia intensifica la emoción negativa y el consumo se utiliza para regularla.

En conjunto, los esquemas identificados —desde los predominantemente presentes hasta los menos activados— muestran que, aunque algunos aparecen en niveles normales o bajos, no están ausentes y pueden reactivarse ante experiencias que el individuo perciba como amenazantes. De acuerdo con la teoría de Young (2003), estos patrones cognitivos y emocionales influyen de manera importante en el comportamiento y, aun cuando su activación sea leve, contribuyen a configurar un perfil de vulnerabilidad psicológica relevante para comprender la relación entre esquemas y consumo de sustancias en la población evaluada.

Figura 8



Nota. Elaboración propia

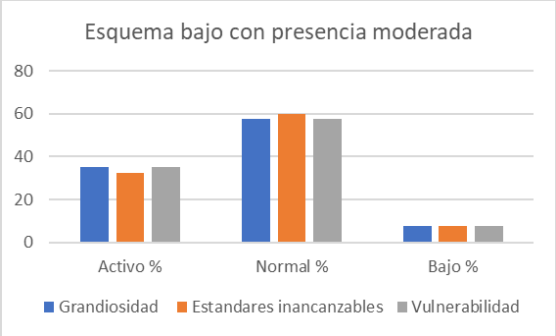
En este nivel se evidenciaron los esquemas de simbiosis (13%), fracaso (15%) y abandono (10%), los cuales, aunque presentan una activación baja, continúan siendo relevantes

para comprender el funcionamiento emocional de la población consumidora. De acuerdo con Young et al. (2003), estos esquemas pertenecen a los dominios de Autonomía e Identidad Deteriorada y Desconexión y Rechazo, reflejando la presencia de vínculos afectivos inseguros, dependencia emocional y sentimientos de ineficacia personal. El esquema de simbiosis indica una dificultad para diferenciarse emocionalmente de figuras significativas, generando dependencia excesiva y temor a la separación; el fracaso representa la creencia de no ser capaz de cumplir con expectativas o metas, mientras que el abandono expresa el miedo persistente a perder el apoyo afectivo del otro.

Aunque los porcentajes son bajos, estos esquemas continúan funcionando como vulnerabilidades latentes que pueden activarse ante situaciones de estrés o experiencias que evoquen inseguridad emocional. En el contexto de la población consumidora, estos patrones cognitivos pueden favorecer la búsqueda de fuentes externas de alivio, convirtiendo al consumo de sustancias en una estrategia para compensar el miedo a la soledad, el fracaso o el abandono. Esta interpretación se alinea con hallazgos previos, como los de Rodríguez (2009), quien señala que incluso la activación leve de esquemas relacionados con inseguridad afectiva e ineficacia personal puede llevar a estilos de afrontamiento evitativos, entre ellos el uso de sustancias como mecanismo de regulación emocional.

En conjunto, la presencia reducida de simbiosis, fracaso y abandono no disminuye su importancia clínica, ya que, tal como indica el modelo de Young (2003), los esquemas con baja activación pueden permanecer en estado latente y reactivarse en momentos de vulnerabilidad, influyendo en la conducta y en la forma en que el individuo enfrenta el malestar emocional.

Figura 9



Nota. Elaboración propia

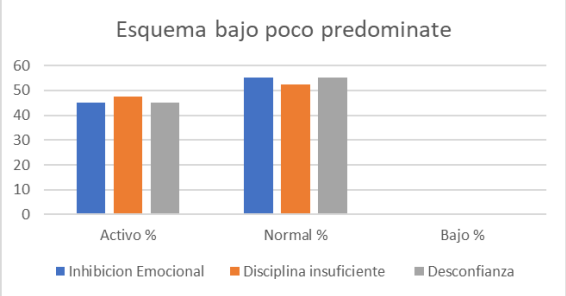
En este nivel se evidenciaron los esquemas de grandiosidad (8%), estándares inalcanzables (8%) y vulnerabilidad (8%), los cuales presentan una activación mínima, pero no por ello dejan de ser relevantes para comprender el funcionamiento cognitivo de la población consumidora. Según Young et al. (2003), estos esquemas forman parte de patrones de autoexigencia, rigidez emocional y compensación cognitiva, que se desarrollan a partir de experiencias tempranas donde la validación emocional fue insuficiente o inconsistente. En este sentido, la grandiosidad puede funcionar como una defensa ante sentimientos profundos de inferioridad, adoptando una postura de autosuficiencia o superioridad para protegerse del juicio o la vulnerabilidad. Por su parte, los estándares inalcanzables reflejan una autoexigencia extrema y rígida que genera una constante sensación de insuficiencia, mientras que la vulnerabilidad expresa un temor persistente a perder el control o a ser dañado física o emocionalmente.

Estos resultados encuentran respaldo en la literatura. Calvete y Estévez (2009) señalan que los esquemas de grandiosidad y autoexigencia pueden relacionarse con el uso de sustancias como mecanismo para sostener una imagen de eficacia, control o superioridad, especialmente cuando la persona se enfrenta a situaciones que amenazan su autoestima. Asimismo, Keegan (2012) explica que el esquema de vulnerabilidad incrementa los niveles de ansiedad y preocupación, llevando al individuo a buscar estrategias de regulación emocional rápidas, entre

ellas el consumo de sustancias, para disminuir el malestar interno y la sensación de peligro inminente.

En conjunto, aunque la presencia de estos esquemas es baja, su activación sugiere la existencia de procesos compensatorios que pueden influir en la conducta adictiva. De acuerdo con el modelo de Young (2003), incluso los esquemas con baja intensidad pueden reactivarse ante situaciones de estrés o emociones intensas, contribuyendo a la búsqueda de alivio inmediato a través del consumo. Esto permite comprender que, aun en niveles mínimos, estos patrones cognitivos forman parte de un entramado emocional que incide en la regulación afectiva y en la relación que el individuo establece con las sustancias psicoactivas.

Figura 10



Nota. Elaboración propia

En este nivel se registraron puntuaciones de 0% en los esquemas de disciplina insuficiente, inhibición emocional y desconfianza. Aunque esta ausencia podría interpretarse inicialmente como falta de presencia de dichos esquemas, en realidad sugiere que estos patrones cognitivos se manifiestan con mayor fuerza en niveles superiores (normal o activado), lo cual indica una mayor intensidad y persistencia en la población consumidora.

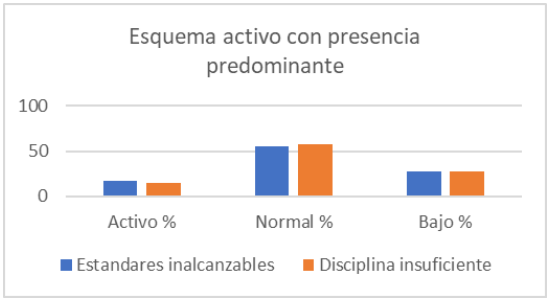
Según Young et al. (2003), los esquemas maladaptativos tempranos no desaparecen, sino que se expresan con diferente intensidad dependiendo de las experiencias emocionales y del contexto interpersonal. En este caso, la disciplina insuficiente refleja dificultades en el control de

impulsos y en la tolerancia a la frustración; la inhibición emocional implica la tendencia a suprimir sentimientos para evitar el conflicto o el rechazo; y la desconfianza se relaciona con expectativas constantes de daño o traición por parte de otros.

De acuerdo con Barry, Grafeman, Adler y Pickard (2007), cuando estos esquemas se activan en niveles más altos, incrementan la vulnerabilidad al consumo de sustancias, pues el individuo puede recurrir a ellas como estrategia para manejar impulsividad, liberar tensión emocional o reducir la hipervigilancia interpersonal. Desde esta perspectiva, la ausencia de estos esquemas en el nivel bajo refuerza su relevancia dentro del perfil cognitivo de la población consumidora, al estar más presentes justamente en las categorías que indican mayor desadaptación.

Población Control no Consumidora

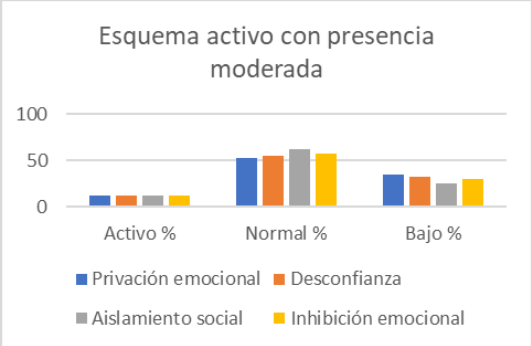
Figura 11



Nota. Elaboración propia

En la población no consumidora, los esquemas de estándares inalcanzables (18%) y disciplina insuficiente (15%) mostraron una presencia predominante, indicando una tendencia hacia la autoexigencia y el esfuerzo constante, pero dentro de límites adaptativos. Según Young et al. (2003), estos esquemas reflejan la búsqueda de logro y la flexibilidad ante las normas, lo que en este grupo podría favorecer un funcionamiento más equilibrado y regulado frente a las demandas personales y sociales.

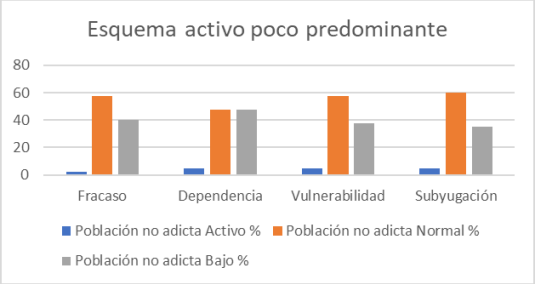
Figura 12



Nota. Elaboración propia

En el grupo no consumidor, se identificó una presencia moderada de los esquemas de privación emocional (13%), desconfianza (13%), aislamiento social (13%) e inhibición emocional (13%), lo que evidencia cierta dificultad para establecer vínculos afectivos profundos y expresar emociones de forma abierta. Según Young et al. (2003), estos esquemas suelen desarrollarse en contextos donde las necesidades emocionales no fueron plenamente satisfechas, generando una tendencia al autocontrol emocional y la reserva interpersonal, aunque sin representar necesariamente un patrón desadaptativo severo.

Figura 13

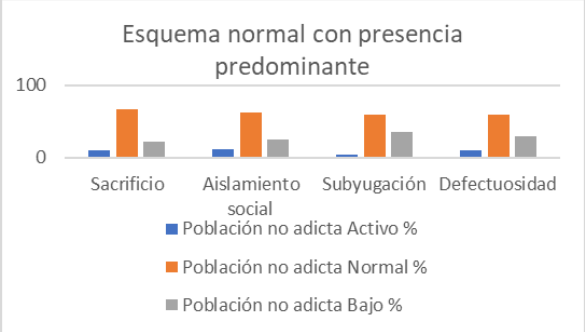


Nota. Elaboración propia

En la población no consumidora, los esquemas de fracaso (3%), dependencia (5%), vulnerabilidad (5%) y subyugación (5%) mostraron una presencia poco predominante, lo que sugiere un perfil cognitivo más adaptativo y estable. De acuerdo con Young et al. (2003), la baja

activación de estos esquemas refleja una adecuada percepción de competencia personal, autonomía y control sobre las situaciones, así como relaciones interpersonales más equilibradas, donde no se evidencia una tendencia marcada a la sumisión ni a la sensación de incapacidad ante las dificultades.

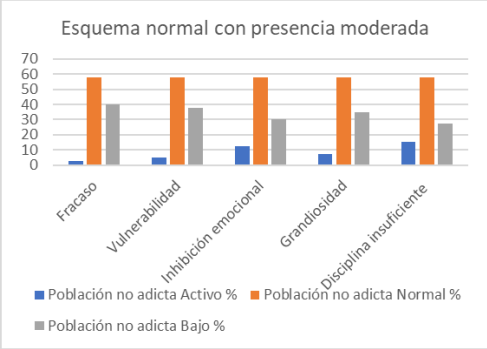
Figura 14



Nota. Elaboración propia

Se evidenció una presencia predominante de los esquemas de sacrificio (68%), aislamiento social (63%), defectuosidad (60%) y subyugación (60%), lo que sugiere una tendencia a priorizar las necesidades de los demás y a mantener una autoimagen exigente o reservada emocionalmente. Según Young et al. (2003), estos esquemas suelen formarse en entornos donde el afecto y la aceptación se asocian al cumplimiento o a la sumisión, generando personas comprometidas y empáticas, pero con cierta dificultad para expresar necesidades personales o vulnerabilidad emocional.

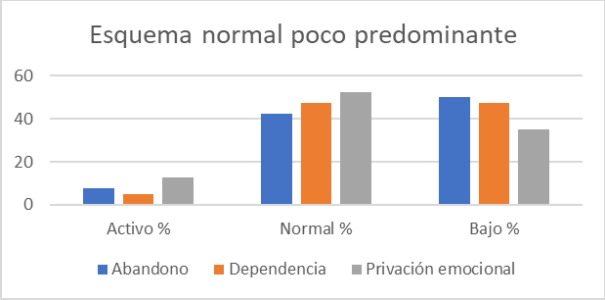
Figura 15



Nota. Elaboración propia

Con presencia moderada se identificaron los esquemas de fracaso (58%), vulnerabilidad (58%), inhibición emocional (58%), grandiosidad (58%) y disciplina insuficiente (58%), lo que sugiere un perfil cognitivo relativamente adaptativo, con leves rasgos de autoexigencia y control emocional. Según Young (1999) y Young et al. (2003), estos esquemas se originan en contextos donde se promueven la responsabilidad y el rendimiento, pudiendo generar una percepción de competencia acompañada de temor al error o a la exposición emocional. La grandiosidad, como plantea Mesa y Fuentes (1996), puede funcionar como un mecanismo de compensación que refuerza la autoconfianza, mientras que la vulnerabilidad e inhibición emocional reflejan una tendencia al resguardo y la cautela frente a la frustración. En este grupo, su presencia moderada indica mecanismos de afrontamiento funcionales, que favorecen la estabilidad personal y el adecuado manejo de las demandas del entorno.

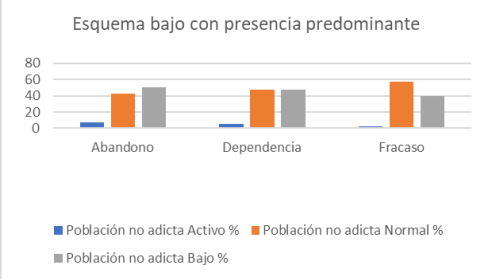
Figura 16



Nota. Elaboración propia

Con presencia poco predominante se evidenciaron los esquemas de abandono (43%), dependencia (48%) y privación emocional (53%), lo que refleja una estructura cognitiva más estable y una adecuada satisfacción de las necesidades emocionales básicas. De acuerdo con Young et al. (2003), estos esquemas suelen originarse en contextos de vínculos inseguros o experiencias tempranas de desapego; sin embargo, su baja presencia sugiere que las figuras de apoyo en esta población cumplieron un rol contenedor y disponible emocionalmente. La dependencia y la privación emocional, al no estar fuertemente activadas, indican una mayor percepción de autonomía y confianza en las relaciones interpersonales. En conjunto, este patrón cognitivo evidencia recursos internos protectores que favorecen el afrontamiento adaptativo y la estabilidad emocional en comparación con poblaciones consumidoras.

Figura 17

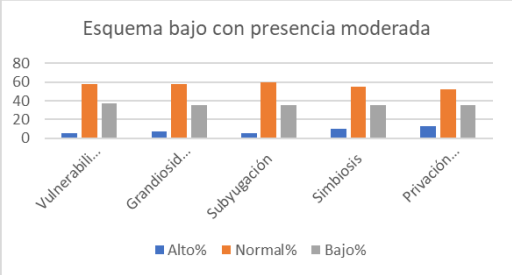


Nota. Elaboración propia

Con presencia predominante en el nivel bajo se evidenciaron los esquemas de abandono (50%), dependencia (48%) y fracaso (40%), los cuales reflejan patrones cognitivos de vulnerabilidad leve, sin llegar a interferir de forma significativa en el funcionamiento emocional o social. Según Young (1999), estos esquemas pueden originarse en experiencias tempranas de inseguridad o sobreprotección, pero cuando se manifiestan de forma moderada, pueden coexistir con estrategias adaptativas que fortalecen la autoconfianza y la autonomía personal. De acuerdo con Millon (1981), la capacidad del individuo para integrar experiencias adversas sin desarrollar

rigidez cognitiva constituye un indicador de ajuste psicológico saludable. En este contexto, la baja activación de estos esquemas en la población no consumidora sugiere la presencia de recursos protectores que favorecen la estabilidad emocional y previenen conductas de riesgo.

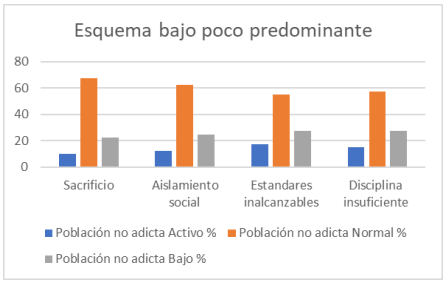
Figura 18



Nota. Elaboración propia

Con presencia moderada se identificaron los esquemas de vulnerabilidad (38%), grandiosidad (35%), subyugación (35%), simbiosis (35%) y privación emocional (35%), lo que sugiere un perfil cognitivo equilibrado, en el que las creencias disfuncionales no alcanzan niveles clínicamente significativos. De acuerdo con Young et al. (2003), la activación moderada de estos esquemas puede reflejar la influencia de experiencias tempranas mixtas, en las que coexistieron vínculos de cuidado con episodios de sobreprotección o exigencia emocional. En esta línea, Guidano y Liotti (1983) plantean que ciertos esquemas, cuando se mantienen en niveles intermedios, pueden cumplir una función adaptativa, permitiendo que el individuo regule su entorno sin comprometer su estabilidad emocional. Así, en esta población no consumidora, la presencia moderada de estos esquemas podría representar mecanismos de ajuste flexibles frente a las demandas del entorno, sin derivar en patrones disfuncionales persistentes.

Figura 19



Nota. Elaboración propia

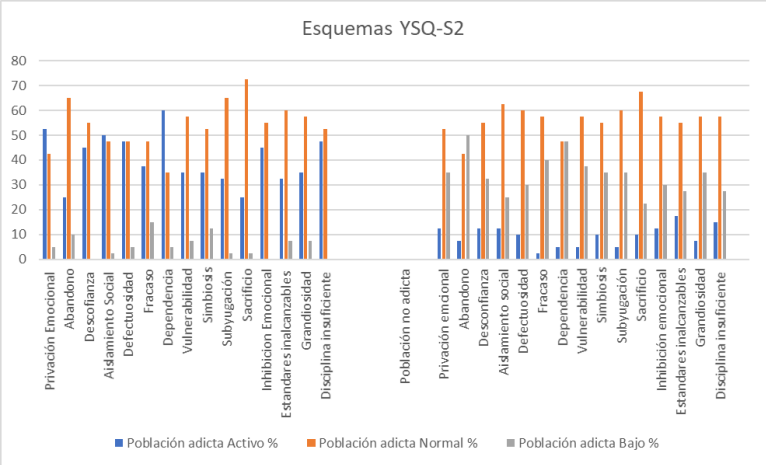
Con presencia poco predominante se hallaron los esquemas de sacrificio (23%), aislamiento social (25%), estándares inalcanzables (28%) y disciplina insuficiente (28%), lo que sugiere una estructura cognitiva adaptativa y un adecuado manejo de las exigencias personales y relacionales. De acuerdo con Young (1999), la baja activación de estos esquemas indica que las necesidades emocionales básicas fueron atendidas de manera suficiente, evitando la consolidación de patrones disfuncionales. En la misma línea, Guidano y Liotti (1983) sostienen que cuando los esquemas permanecen en niveles leves, pueden cumplir una función organizadora y protectora, facilitando la regulación emocional y la estabilidad interpersonal. Este patrón cognitivo evidencia, por tanto, un perfil equilibrado y con recursos internos que favorecen el afrontamiento adaptativo ante las demandas del entorno.

Finalmente, en países en vía de desarrollo como Colombia, la presión sociocultural hacia la productividad y el éxito individual fomenta la autoexigencia y la competencia como formas de validación social. Este contexto favorece la internalización del esquema maladaptativo de estándares inalcanzables, descrito por Young et al (2003), caracterizado por la búsqueda constante de perfección y el temor al fracaso. La desigualdad estructural y el discurso meritocrático refuerzan la idea de que el valor personal depende del rendimiento, generando frustración, ansiedad de desempeño y desajuste emocional. Desde la psicología cognitiva y social, este fenómeno evidencia cómo la competitividad social exacerba la autoexigencia,

afectando el bienestar y la autovaloración. En consecuencia, se requiere promover estrategias terapéuticas que favorezcan la flexibilidad cognitiva, la autocompasión y el equilibrio entre logro y bienestar emocional.

Análisis Comparativo de los Esquemas Maladaptativos Tempranos en Hombres Consumidores y no Consumidores

Figura 20



Nota. Elaboración propia

Los resultados del estudio evidencian diferencias significativas entre los participantes institucionalizados por consumo de sustancias psicoactivas y el grupo control de hombres no consumidores. Estas diferencias confirman lo propuesto por Young (1999), quien sostiene que los esquemas maladaptativos tempranos se activan y consolidan con mayor intensidad cuando las personas crecen en entornos de vulnerabilidad emocional, vínculos inseguros y cuidadores inconsistentes. En línea con este planteamiento, los hallazgos mostraron que la población consumidora presentó mayor presencia de esquemas como Privación emocional, Abandono, Desconfianza/abuso, Fracaso, Dependencia y Autocontrol insuficiente, todos ellos vinculados a dominios de desconexión, rechazo y autonomía deteriorada.

Este patrón coincide con antecedentes relevantes en la literatura. Por ejemplo, Calvete y Estévez (2009) señalan que los esquemas vinculados a la percepción de carencia afectiva, defectuosidad o miedo al abandono incrementan la vulnerabilidad a las conductas adictivas, en tanto la persona busca en las sustancias un alivio inmediato frente a emociones que percibe como intolerables. De igual forma, Rodríguez (2009) encontró que la activación de esquemas desadaptativos tempranos está estrechamente relacionada con el consumo como estrategia de regulación emocional, especialmente cuando predominan sentimientos de vacío, miedo al rechazo o desconfianza hacia los otros. Incluso estudios como los de Barry, Grafeman, Adler y Pickard (2007) explican que esquemas como Autocontrol insuficiente o Inhibición emocional pueden fomentar impulsividad, dificultades para la regulación afectiva o evitación de experiencias internas, lo que incrementa el riesgo de dependencia.

Comparar los resultados de la población consumidora con un grupo control permitió evidenciar que estos esquemas no son elementos universales ni característicos de la adultez en general, sino estructuras cognitivas notablemente diferenciadas entre individuos con y sin historial de consumo. Mientras la población control mostró niveles más bajos y distribuidos de manera menos problemática, los participantes consumidores concentraron esquemas asociados a sentimientos persistentes de desprotección, fallo personal y desconfianza básica en los vínculos. Esta diferenciación es coherente con lo planteado en los antecedentes, donde se enfatiza que los esquemas funcionan como factores de vulnerabilidad específicos, que cuando se combinan con contextos familiares inestables, estrés acumulado o estilos de afrontamiento evitativos, incrementan la probabilidad de desarrollar conductas adictivas.

Asimismo, el diseño comparativo del estudio resultó fundamental para fortalecer la validez de los hallazgos, ya que permitió precisar los mecanismos cognitivos que distinguen a la

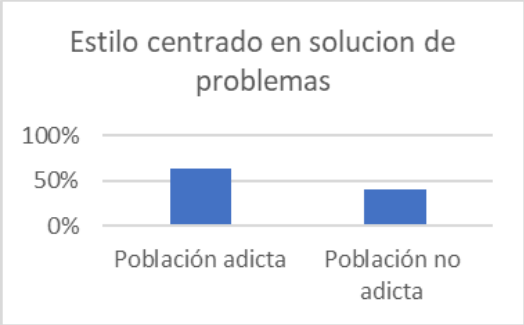
población clínica. Esto se alinea con la evidencia empírica previa, especialmente aquella que señala que los esquemas no solo predisponen al consumo, sino que también lo mantienen y refuerzan al proporcionar una estructura interna desde la cual el individuo interpreta el mundo con una sensación persistente de carencia, soledad o incompetencia (Young et al., 2003; Keegan, 2012).

Es importante mencionar que no se integraron estudios recientes sobre esquemas en adicciones debido a que gran parte de la producción contemporánea se ha orientado hacia adicciones comportamentales como el uso problemático de videojuegos, internet o redes sociales. Aunque estos aportes son valiosos, no resultan directamente aplicables a la comprensión del consumo de sustancias psicoactivas en población institucionalizada. Por esta razón, se optó por fundamentar la discusión en los modelos teóricos clásicos y en investigaciones cuya pertinencia y validez continúan siendo sólidas para este tipo de muestra.

En conjunto, los resultados obtenidos y su articulación con los antecedentes revisados permiten concluir que los esquemas maladaptativos tempranos cumplen un papel central en la comprensión del consumo de sustancias psicoactivas. No solo actúan como factores que predisponen al inicio del consumo, sino que también contribuyen a su mantenimiento y a la dificultad para desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas. La comparación con el grupo control refuerza esta conclusión y subraya la importancia de diseñar intervenciones psicológicas orientadas a la identificación, modificación y resignificación de estos esquemas, como una vía efectiva para reducir la vulnerabilidad a la recaída y promover procesos de recuperación más estables.

Estilos de Afrontamiento

Figura 21



Nota. Elaboración propia

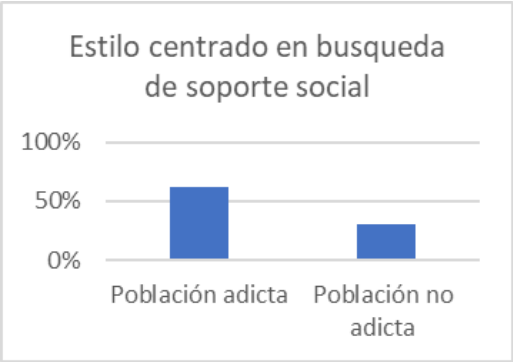
En la población consumidora, este estilo se presenta con una frecuencia importante, lo que indica que, a pesar de la vulnerabilidad emocional y cognitiva propia de la adicción, aún se conservan ciertos recursos personales para afrontar las dificultades de manera activa. Según Lazarus y Folkman (1986), este tipo de afrontamiento implica una orientación hacia la acción, la búsqueda de alternativas y la toma de decisiones racionales frente al conflicto. Sin embargo, en este grupo dichas estrategias pueden verse limitadas por la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración y las dificultades para mantener esfuerzos constantes en el tiempo, aspectos asociados al impacto neuropsicológico y emocional del consumo.

Esto sugiere que los participantes buscan ejercer control sobre sus problemas, aunque de manera inestable y con una regulación emocional frágil, lo que coincide con lo planteado por Beck (1999) respecto a cómo los patrones cognitivos disfuncionales pueden interferir en la resolución efectiva de los problemas. En el contexto de rehabilitación, este estilo refleja un potencial de cambio, pero requiere fortalecerse mediante intervenciones que promuevan la autorregulación, la toma de decisiones conscientes y el afrontamiento adaptativo.

Por otro lado, la población no consumidora se presenta de forma moderada, mostrando una tendencia a enfrentar las dificultades de manera activa y racional, tal como plantean Lazarus y Folkman (1986). Esto sugiere que poseen recursos adaptativos adecuados para manejar el estrés, aunque no los emplean de forma constante, posiblemente porque su entorno no exige un

afrontamiento tan intenso como en la población adicta. En conjunto, refleja un manejo equilibrado y funcional de los problemas cotidianos.

Figura 22



Nota. Elaboración propia

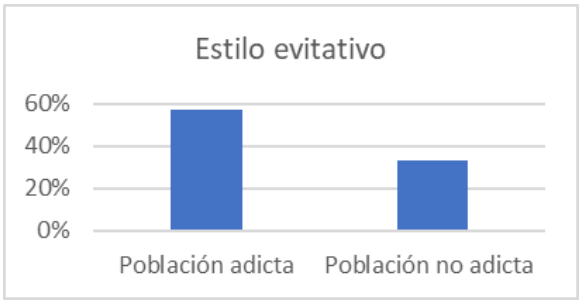
En la población consumidora, este estilo se manifiesta con una presencia significativa, evidenciando la necesidad de apoyo emocional como mecanismo para aliviar el malestar interno. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), la búsqueda de soporte social constituye una estrategia de afrontamiento orientada a la regulación emocional y al fortalecimiento del sentido de pertenencia, factores especialmente relevantes en contextos de vulnerabilidad.

Sin embargo, en personas con consumo de sustancias, esta búsqueda puede adquirir un matiz ambivalente: aunque refleja la conciencia de necesitar acompañamiento, también puede derivar en una dependencia emocional o en la vinculación con redes sociales disfuncionales que perpetúan el consumo. Esto concuerda con lo señalado por Beck (1999), quien plantea que los esquemas desadaptativos tempranos pueden generar patrones relacionales basados en la necesidad excesiva de aprobación o miedo al abandono.

Por tanto, este estilo revela un potencial adaptativo importante al reconocer la importancia del apoyo social, pero requiere ser redirigido hacia vínculos saludables que promuevan la autonomía, la validación emocional y la reconstrucción de redes protectoras.

Por otro lado, la población no consumidora, este estilo aparece en un nivel bajo, indicando una tendencia a enfrentar las situaciones de manera más autónoma, recurriendo poco al apoyo emocional o instrumental de otros. Según Lazarus y Folkman (1986), la búsqueda de soporte social cumple una función reguladora del estrés; por tanto, su baja presencia podría reflejar autosuficiencia y estabilidad emocional, aunque también cierta reserva para expresar vulnerabilidad o solicitar ayuda cuando es necesaria.

Figura 23



Nota. Elaboración propia

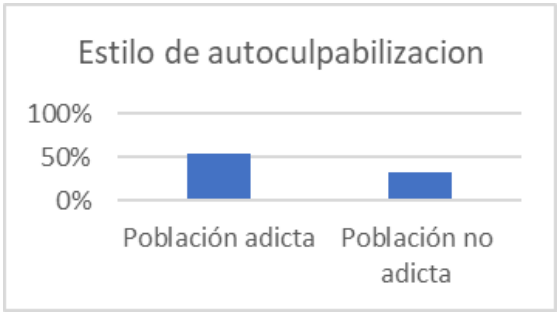
En la población consumidora, el estilo de afrontamiento centrado en la evitación aparece en un nivel moderado, reflejando una tendencia a evadir o aplazar los problemas en lugar de enfrentarlos de manera directa. Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1986), este tipo de afrontamiento busca reducir el malestar emocional a corto plazo, aunque limita la posibilidad de resolver eficazmente las dificultades.

En el contexto del consumo de sustancias, este patrón se asocia con el uso de la droga como mecanismo de escape frente a emociones intensas como la ansiedad, la culpa o el dolor emocional. Según Beck (1999), la evitación puede estar sustentada en esquemas desadaptativos relacionados con la vulnerabilidad o el fracaso, que generan miedo al afrontamiento y refuerzan la conducta evasiva.

Así, este estilo, aunque cumple una función de alivio temporal, contribuye al mantenimiento del consumo al impedir la elaboración emocional y la búsqueda de soluciones reales. Por ello, se considera un indicador clínicamente relevante de las dificultades en la regulación afectiva propias de esta población.

Sin embargo, se evidencia que la población no consumidora, este estilo se manifiesta en un nivel bajo moderado, lo que sugiere que la evitación no constituye una estrategia dominante. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), este tipo de afrontamiento implica la tendencia a evadir o minimizar las fuentes de estrés. En este grupo, su presencia limitada indica que, aunque pueden recurrir ocasionalmente a la evasión como mecanismo temporal de alivio, predomina una mayor disposición a enfrentar la realidad de forma adaptativa y funcional.

Figura 24



Nota. Elaboración propia

La población consumidora, el estilo centrado en la autoculpabilización aparece un nivel moderado, reflejando una tendencia a responsabilizarse excesivamente por los acontecimientos negativos y a mantener una autocrítica constante. Este patrón, como señalan Beck (1999) y Young (2003), suele estar relacionado con esquemas desadaptativos de fracaso y defectuosidad, que generan sentimientos persistentes de culpa, vergüenza y auto desvalorización.

Desde el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), este estilo se considera una forma emocional y disfuncional de afrontar el estrés, ya que no contribuye a la solución del

problema, sino que refuerza el malestar interno. En el contexto de la adicción, esta tendencia a la autoculpabilización puede mantener un ciclo de retroalimentación negativa: la persona se siente culpable, consume para aliviar esa culpa, y posteriormente la culpa se intensifica tras el consumo.

Aunque no es el estilo predominante, su presencia hace evidente la demanda de atención clínica orientadas al perdón personal, la autocompasión y la reestructuración cognitiva, favoreciendo así un afrontamiento más saludable y una disminución del malestar emocional asociado.

Ahora bien, este estilo se presenta en un nivel bajo, lo que indica que la población no consumidora no suele, responsabilizarse en exceso por las situaciones adversas. Según Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento implica un equilibrio entre la evaluación sobre la problemática y los recursos personales disponibles; en este caso, la baja autoinculpación refleja una adecuada regulación emocional y un afrontamiento más adaptativo. La ausencia de una autocrítica excesiva favorece la estabilidad psicológica y previene sentimientos de culpa o vergüenza que, de acuerdo con Marlatt y Gordon (1985), pueden actuar como factores de vulnerabilidad en procesos de desajuste emocional

Figura 25



Nota. Elaboración propia

En la población consumidora, el estilo fantasioso se presenta como el más predominante, lo que resulta coherente con los mecanismos psicológicos característicos de la adicción. Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1986), este estilo representa una forma de afrontamiento evitativo, donde la persona utiliza la imaginación para escapar de una realidad percibida como dolorosa o incontrolable.

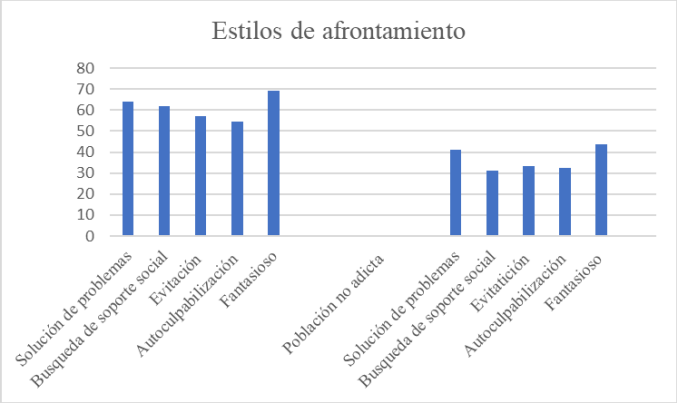
La fantasía actúa como una estrategia de defensa que brinda alivio momentáneo al sufrimiento emocional, permitiendo construir escenarios ideales donde desaparecen las preocupaciones o los conflictos personales. Sin embargo, como señala Beck (1999), este tipo de afrontamiento tiende a reforzar esquemas desadaptativos como la evasión, la negación y la búsqueda de gratificación inmediata, los cuales son comunes en el ciclo adictivo.

En este sentido, aunque el estilo fantasioso cumple una función de protección emocional temporal, su uso excesivo contribuye a la desconexión con la realidad y limita la posibilidad de generar soluciones efectivas frente a los problemas. Por tanto, su alta presencia sugiere la necesidad de promover en los procesos terapéuticos un mayor contacto con la experiencia real, fortaleciendo la tolerancia emocional y la responsabilidad personal como base para el cambio.

Por el contrario, la población no consumidora este estilo se presenta como el más elevado dentro de la población no consumidora, aunque en un nivel moderado. Según Lazarus y Folkman (1986), las estrategias de afrontamiento pueden incluir recursos cognitivos que permitan aliviar tensiones emocionales; en este caso, la fantasía actúa como una vía temporal de escape ante el estrés cotidiano. Sin embargo, al no alcanzar niveles desadaptativos, esta tendencia puede considerarse un mecanismo funcional que contribuye a la autorregulación emocional, favoreciendo el equilibrio psicológico sin implicar desconexión de la realidad (Wills y Shiffman, 1985).

Análisis de Población Consumidora y no Consumidora en Estilo de Afrontamiento

Figura 26



Nota. Elaboración propia

El análisis comparativo entre las poblaciones consumidora y no consumidora evidencia diferencias significativas en la forma en que afrontan las demandas emocionales y los estresores cotidianos, coherentes con lo planteado por Lazarus y Folkman (1986), quienes definen el afrontamiento como un proceso dinámico de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar situaciones que exceden los recursos percibidos del individuo.

En la población consumidora, los estilos de afrontamiento muestran una tendencia hacia la evasión y la desconexión de la realidad, evidenciada en la alta presencia del estilo fantasioso, seguido del centrado en la búsqueda de soporte social y el de autoculpabilización. Esto coincide con lo señalado por Wills y Shiffman (1985), quienes sostienen que el consumo de sustancias puede funcionar como una estrategia disfuncional de afrontamiento frente al estrés o el malestar emocional. En esta población, la fantasía y la evitación se convierten en mecanismos de defensa que alivian momentáneamente la tensión, pero dificultan el contacto con la realidad y el uso de estrategias más adaptativas como la resolución de problemas. Asimismo, el soporte social tiende

a ser ambivalente, pues si bien refleja la necesidad de contención, a menudo se vincula con redes poco saludables que perpetúan el consumo.

Por otro lado, la población no consumidora se caracteriza por un perfil más equilibrado y adaptativo. Si bien el estilo fantasioso también es el más alto, se manifiesta de manera funcional, como una herramienta para reducir la tensión sin perder contacto con la realidad. En coherencia con lo expuesto por Carver y Scheier (1994), esto sugiere un afrontamiento más flexible, donde la imaginación cumple un rol regulador sin convertirse en evasión. Además, la mayor presencia del estilo centrado en la solución de problemas y los bajos niveles de autoculpabilización y evitación reflejan una mejor capacidad de autorregulación emocional y de manejo de las dificultades, lo que puede actuar como factor protector frente al desarrollo de conductas adictivas (Ortega et al. 2011).

En conjunto, los resultados muestran que mientras la población consumidora recurre con mayor frecuencia a estilos emocionales y evitativos que refuerzan la dependencia y la desconexión, la población no consumidora utiliza estilos más activos y adaptativos, orientados al afrontamiento directo de los problemas y la preservación del equilibrio emocional. Estas diferencias reflejan cómo los estilos de afrontamiento no solo median la respuesta al estrés, sino que también influyen en la vulnerabilidad o protección frente a la adicción, sustentando la importancia de fortalecer estrategias centradas en la solución de problemas, el apoyo social saludable y la autorregulación emocional dentro de los programas de prevención y rehabilitación.

En términos generales, las personas consumidoras puntúan más alto en estilo de afrontamiento centrado en soluciones porque están en un constante estado de crisis emocional y búsqueda de control, aunque sus estrategias suelen ser inestables o disfuncionales. Las personas no consumidoras no necesitan activar con tanta frecuencia sus recursos de afrontamiento porque

no se encuentran en un estado constante de amenaza, conflicto o disonancia emocional, como ocurre con las personas consumidoras.

Finalmente, en países en vía de desarrollo como Colombia, la presión sociocultural hacia la productividad y el éxito individual fomenta la autoexigencia y la competencia como formas de validación social. Este contexto favorece la internalización del esquema maladaptativo de estándares inalcanzables, descrito por Young, Klosko y Weishaar (2003), caracterizado por la búsqueda constante de perfección y el temor al fracaso. La desigualdad estructural y el discurso meritocrático refuerzan la idea de que el valor personal depende del rendimiento, generando frustración, ansiedad de desempeño y desajuste emocional. Desde la psicología cognitiva y social, este fenómeno evidencia cómo la competitividad social exacerba la autoexigencia, afectando el bienestar y la autovaloración. En consecuencia, se requiere promover estrategias terapéuticas que favorezcan la flexibilidad cognitiva, la autocompasión y el equilibrio entre logro y bienestar emocional.

Cronograma

Periodo	2025-1															
Meses	Febrero			Marzo				Abril				Mayo				
Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Presentación del tema de trabajo de grado	**X**															
Planteamiento del problema		**X**	**X**													
Revisión de antecedentes				**X**	**X**											
Elaboración de objetivos e introducción						**X**	**X**									

Construcción del marco teórico-conceptual							**X**	**X**	**X**							
Elaboración de justificación										**X**	**X**					
Correcciones						**X**						**X**				**X**
Visita a la IPS													**X**	**X**	**X**	

Periodo	2025-2															
Meses	Agosto			Septiembre				Octubre				Noviembre				
Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Aplicación de los instrumentos	**X**	**X**		**X**	**X**											
Análisis de resultados de los instrumentos			**X**			**X**										
Elaboración de resultados y discusión							**X**									
Correcciones			**X**	**X**												
Elaboración de conclusiones y recomendaciones							**X**	**X**								
Entrega del informe anteproyecto									**X**							
Entrega de informe para evaluar																
Preparación de sustentación																

Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten identificar diferencias significativas entre la población clínica y la población control en relación con la activación de esquemas maladaptativos tempranos (EMTs) y los estilos de afrontamiento.

En la población clínica, los esquemas activados de forma alta y con presencia predominante fuero dependencia (60%), privación emocional (53%) y aislamiento social (50%). En un nivel alto, pero con menor presencia, se identificaron disciplina insuficiente (48%), desconfianza (45%) e inhibición emocional (45%). Finalmente, se encontraron activados en menor medida los esquemas de estándares inalcanzables (33%), sacrificio (25%) y abandono (25%).

Por su parte, la población control presento como esquemas más activados estándares inalcanzables (18%) y disciplina insuficiente (15%). En un nivel alto, pero de presencia moderada, se registraron privación emocional (13%), desconfianza (13%), aislamiento social (13%) e inhibición emocional (13%). Por último, se observaron activaciones bajas en fracaso (3%), dependencia (5%), vulnerabilidad (5%) y subyugación (5%).

En primer hallazgo evidencia una tendencia estadística claramente diferenciada entre los grupos. En la población clínica, los esquemas activados alcanzados porcentajes considerables superiores, lo que refleja una mayor sensibilidad y vulnerabilidad cognitiva y emocional, mientras que la población control muestra una mejor autorregulación psicológica y un perfil cognitivo menos vulnerables.

En cuanto a los esquemas normales activados, es decir, aquellos que no representa una amenaza clínica significativa, la población clínica presento mayores porcentajes en sacrificio (73%), subyugación (65%), abandono (65%) y estándares inalcanzables (60%). En la población

control, los esquemas con activación normal fueron sacrificio (68%), aislamiento social (63%), defectuosidad (60%) y subyugación (60%).

Estas cifras sugieren que ambos grupos no presentan vulnerabilidad critica en estos esquemas específicos, aunque podrían activare ante demandas psicológicas elevadas. La similitud en la presencia de los esquemas de sacrificio y subyugación en ambas muestras puede explicarse por factores socioculturales compartidos. De acuerdo con Young et al. (2003), los esquemas no surgen de un vacío social, sino que responden a patrones culturales internalizados. Por tanto, ambos grupos podrían compartir una tendencia cultural hacia la culpabilidad, autoexigencia moral y la satisfacción de las necesidades ajenas por encima de las propias, lo cual favorece interacciones asimétricas y la evitación del rechazo.

Respecto al nivel de activación bajo, se observa una diferencia notable entre ambas poblaciones. En la clínica, los esquemas menos presentes fueron grandiosidad (8%), estándares inalcanzables (8%), vulnerabilidad (8%), desconfianza, inhibición emocional y disciplina insuficiente (0%). En contraste, la población control obtuvo porcentajes superiores en vulnerabilidad (38%), grandiosidad (35%), subyugación (35%), simbiosis (35%) y privación emocional (35%), muestras que los niveles más bajos correspondían a sacrificio (23%), aislamiento social (25%), estándares inalcanzables (28%) y disciplina insuficiente (28%). Estas diferencias reflejan que, en la población clínica, los es quemas tienden a activarse con mayor intensidad y frecuencia, generando un patrón cognitivo- emocional más disfuncionales y vulnerables. Por el contrario, la población control presenta una predominancia de esquemas en niveles bajos o normales, lo que sugiere mayor estabilidad emocional y recursos psicológicos más sólidos para el afrontamiento adaptativo.

En relación con los estilos de afrontamiento, se identificaron diferencias relevantes entre las poblaciones. En la población clínica se observó una mayor prevalencia del estilo centrado en la solución de problemas. Aunque este tipo de afrontamiento suele considerarse adaptativo, en este caso podría estar siendo utilizado de manera rígida o compensatoria, caracterizada por la rumiación, la circularidad del pasamiento y la dificultad para generar cambios concretos. Este uso disfuncional puede aumentar la angustia y los síntomas propios del consumo durante la abstinencia.

De acuerdo con lo plateado por Casullo et al. (2002), también se evidencio en la población clínica una alta presencia de los estilos fantasiosos, de búsqueda de apoyo social y culpabilización, todo ellos vinculados con la evitación emocional y la dependencia externa. En contraste, la población control mostro un predominio del estilo centrado en la solución de problemas, junto con la baja frecuencia en los estilos de autoculpabilización y evitativo, lo que sugiere una mayor capacidad de afrontamiento funcional y realista frente a situaciones de estrés.

En conjunto, los hallazgos confirman que la población clínica presenta un perfil cognitivo y emocional más vulnerables, caracterizado por una alta activación de esquemas maladaptativos y el uso de estilos de afrontamiento menos efectivos. Por el contrario, la población control muestra un funcionamiento psicológico más equilibrado y estrategias de afrontamiento orientadas a la resolución adaptativa de los problemas.

Estos resultados respaldan la importancia de considerar los esquemas cognitivos y los estilos de afrontamiento como variables centrales en la compresión de la conducta adictiva. Asimismo, enfatizan la necesidad de desarrollar programas de intervención psicológica que integren la identificación de esquemas disfuncionales, la reestructuración cognitiva y el

fortalecimiento de estrategias de afrontamiento adaptativas como pilares del tratamiento y la prevención del consumo de sustancias.

Recomendaciones

La investigación es fundamental para orientar los procesos de intervención psicológica. En este sentido, se recomienda priorizar el reconocimiento de los esquemas maladaptativos tempranos (EMTs) con mayor nivel de activación y prevalencia en la población clínica, ya que su identificación permitirá diseñar protocolos de intervención más preciso y ajustables a las necesidades psicológicas estables y arraigadas de los pacientes.

Asimismo, se sugiere considerar en futuras investigaciones los hallazgos significativos relacionados con los estilos de afrontamiento observados en la muestra clínica, esencialmente la búsqueda de apoyo social y afrontamiento centrado en la solución de problemas. Estos resultados podrían aportar explicaciones valiosas para ampliar los marcos conceptuales existentes, siempre que se desarrollen estudios posteriores de carácter más profundo y detallado.

Finalmente, se recomienda que el perfil cognitivo basa en los EMTs y los estilos de afrontamiento sirven como guía en los programas de prevención e intervención primaria. Esto implica promover, desde los núcleos familiares, proceso de psicoeducación orientados a generar espacios de conocimiento y anticipación frente a la aparición de condiciones psicológicas que pueden afectar significativamente el bienestar de la vida adulta y aumentar la vulnerabilidad frete a conducta adictivas.

Referencias

Aguirre, A. (1994). Psicología de la adolescencia. España Marcombo.

Aleixandre, N., y del Río, M. (2004). Las estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Adicciones*: Revista de socidrogalcohol*, *16*(4), 261-266.

Aliño, J., y Miyar, M. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.

Álvarez, N., Bedoya, V., y Arredondo, N. (2010). Perfil cognitivo en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada. *Revista virtual universidad católica del Norte*, (29), 1-24.

American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. https://www.apa.org/ethics/code

Arias, F. G. (2012). El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica (6.ª ed.). Editorial Episteme.

Baeza, J. (2008). Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. *Santiago de Chile: Universidad Católica Silva Enríquez*.

Bakhshi, F., y Nikmanesh, Z (2013).Role of Early Maladaptive Schemas on Addiction Potential in *Youth.High Risk Behav Addict, 2(*2*)*, 75-76

Barlett, F. (1990). *Pensamiento: un estudio de psicología experimental y socia* Madrid España: debate.

Barry, C., Grafeman, S., Adler, K., y Pickard, J. (2007). The relations among narcissism, self-esteem, and delinquency in a sample of at-risk adolescents. *Journal of Adolescence, 30*(6), 933-942.

Bautista, C. (2013). Esquemas Disfuncionales Tempranos en Consumidores de Sustancias Psicoactivas Internados en Comunidades Terapéuticas.

Becerra, J. (2008). Variables familiares y drogodependencia: la influencia de los componentes de La emoción expresada. Revista PsicologiaCietifica, *10*(16). Extraído de: http://www.psicologiacientifica.com/drogodependencia-familia-emocion-expresada

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emiry, E. (1982). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brower. (original de 1979)

Beck, A., Wright, F., Newman, C., y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias* (A. Rodríguez, Trad.). España: Paidós.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa.

Beck, A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, EE.UU: University of Pennsylvania press

Briere, J., Evans, D., Runtz, M y Wall, T.(1988). Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study. *American Journal of Orthopsychiatry, 58*(3), 457-461

Calvete, E., y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites.*ADICCIONES, 21*(1), 49-56

Cano, A., Tobal,J.,Iruarrizaga, I., y González, H. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología, 2*(2),145-156

Carver, C.H. y Scheier, M. (1994). Situacional coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*(1), 184-195

Cassaretto, M. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, *21*(2), 363-392.

Chaney, E., Roszell, D., y Cummings, C. (1982). Relapse in opiate addicts: A behavioral analysis. *AddictiveBehaviors*, *7*(3), 291-297

De Colombia, O. D. D. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Protección Social, ONUDC, CICAD, et al. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia, 2011. Extraído de: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf?utm_source

De Colombia, O. D. D. Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud, Ministerio de Protección Social, ONUDC, CICAD, et al. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. (2013). Extraído de: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf?utm_source

Del Río, F y Mestre, M .(2013). Abuso sexual en la infancia y drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del psicólogo*, *34*(2), 144-149.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2019). Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA). https://www.dane.gov.co

Díaz, C., Arévalo, J., Angarita, E., y Ruiz, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revistacolombiana de psiquiatría*, *39*(2), 362-374.

D'Zurilla,T., y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology, 78*(1), 107-126

Ernani, L. (2004*).* Dependencia quimica. En P. knapp, (comp.), Terapia cognitivo comportamental na prácticapisiquiatrica (pp. 280-298). Sao paulo. Armed

Escobar, P y Garcés, A. (2011). Estado del Arte de la Producción Investigativa y Publicada del Centro de Investigación y Atención al Farmacodependiente (CIAF) 1999-2010

Falke, G. (1998). Adolescencia familia y Drogadiccion. Buenos Aires: Atlante S.R.L

Fernández, G., Palmero, F., Chóliz, M., y Martínez, F. (1997). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.

Griffiths, M. (2014). Early Maladaptive Schemas in Development of Addictive Disorders as Parts of the Complex Addiction Jigsaw. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction, 3*(3). 746

Guidano, F. y Liotti, G.(1983). *Congnitive processes and emotional disorders*. New York, EE.UU: Guilford

Halsted, M; Bennet, S. y Cunningham, W. (1993). Measuring Coping in Adolescents: An Aplication of the Ways of coping Chechist. *Journal of Clinical Child Psichology, 22*(3), 337-344

Hernandez, S., Fernandez, C., y Baptista, P. (2003). Metodologia de la investigacion (3a.ed.). Mexico: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

Hoffmann, J., y Su, S. (1998). Parental substance use disorder, mediating variables and adolescent drug use: A non-recursive model.*Addiction, 93*(9), 1351-1364.

Iglesias, B., Pradeda, Ú., Far, A., Jerez, M., Moyá, M y Hermida, J. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos?. Una revisión. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, *24*(3), 258.

Jalali, M., Zargar, M., Salavati, M., y Kakavand, A. (2011). Comparison of Early Maladaptive Schemas and Parenting Origins in Patients with Opioid Abuse and Non-Abusers. *Iranian journal of psychiatry*, *6*(2), 54

Keegan,E.(2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, *3*, 5-8

Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales (4.ª ed.). McGraw-Hill.

Knappp, P., Ernani, L y Baldisserotto, B. (2001). Terapia cognitive no tratamento da dependencia química. En R. Bernard, (Ed.). *psicoterapias cognitivo comportamentais* (pp. 332-350). Sao Paulo: Artmed.

Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. En Gentry, W.(Ed.). *Handbook of behavioral medicine.*New York: Guilford.

Londoño, N. (2009). Validacion de la Escala de Estilos y Estrategias de afrontamiento al estrés a una muestra colombiana . *Informes Psicológicos*, *11*(13).13-29

Lopez, G., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodriguez, C., Egido, A., y Casa, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. Adicciones, *24*(2), 115–122.

Marlatt, G., y Gordon, J. (1978). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. Alcoholism & Drug Abuse Institute

Marlatt, G., y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention:Maintenance strategies in the treatment of addictivebehaviors*. New York: Guilford

Medina. M., Saldivar, G., Rojas, E., y Villatoro, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *salud pública de méxico*, *40*(3),221-233

Mesa, P., y Fuentes, J. (1996). Drogodependencias y adolescencia. Causas y consecuencias del abuso. En Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Pirámide

Millón, T. (1981). Disorder of personality. New York, USA: Wiley

Millón, T., y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Masson

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Análisis de situación de salud del departamento del Cauca. https://www.minsalud.gov.co

Monti, P., Abrams, D., Binkoff, J y Zwick, W.(1986). Social skills training and substance abuse. En Trower, P., y Hollin, C (eds.), *Handbook of socials skillstraining,* Nueva York: Pergamon Press.

Moscovici, S. (1976). *Social influence and social change* (Vol. 10). London: AcademicPress.

Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito. (2024). Informe mundial sobre las drogas 2024 de UNODC: los daños del problema mundial de las drogas siguen aumentando en medio de la expansión del consumo y los mercados de drogas. Recuperado de https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html

Núñez, M., Ríos, M., Gómez, A., y Acuña, D. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, *17*(4), 349-360.

Ortega, G., Valz, H., y Lezama, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, *4*(1), 53-65.

Phelps,S. y Jarvis, P. (1994). Coping in adolescence: Empirical evidence for theorically based approach to esses sing doping. *Journal of youth and Adolescence, 23*(3), 350-371

Piaget, J. (2000). *Biología y conocimiento*. Siglo Veintiuno.

Prochaska, J., DiClemente, C., y Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, *47*(9), 1102.

Rees, R., y Valenzuela, A. (2003). Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *41*(3), 173-186.

Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *17*(1), 59-74.

Romero, F., y Palacio, J. (2009). Características de los estilos de afrontamiento en jóvenes estudiantes de secundaria. *Informes Psicológicos,11*(13), 65-87.

Risk Hawkins, J. D., Catalano, R. F., y Miller, J. Y. (1992). And protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, *112*(1), 64.

Sanar y Vivir IPS. (s.f.). Servicios de salud mental y rehabilitación. https://sanaryvivirips.com

Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychologicalbulletin*, *103*(2), 147-162

Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*.Barcelona: Paidós.

Shorey, R., Anderson, S., y Stuart, G. (2014). The relation between antisocial and borderline personality symptoms and early maladaptive schemas in a treatment seeking sample of male substance users. *Clinical psychology & psychotherapy*, *21*(4), 341-351.

Shorey, R., Anderson, S., y Stuart,G. (2012). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance use & misuse*, *47*(1), 108-116.

Stein, D y Young, J . (1992). *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego, EE.UU: Academicpress

Uribe, P., y Ríos, R. (2012). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología*, *19*(2), 211-236.

Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R., y Becker, J. (1987). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate behavioral research*, *20*(1), 3-26

Wagner, E., Myers, y Ininch, J. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescentsubstance use. *Addictive Behaviors, 24* (6), 769–779.

Wills, T., McNamara, G., Vaccaro, D., y Hirky, A. (1996). Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of abnormal psychology*, *105*(2), 166.

Wills,T. y Shiffman, S. (1985). *Coping and substance use: A conceptual framework.* EnShiffman, S; y Wills, T. (Ed), Coping and Substance Use, (pp. 3-24). San Diego, CA. Academic Press

Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach.*Sarasota, EE.UU: professional Resource Press.

Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach.* (3 ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J., y First, M. (1996). *Schema mode listing*. Nueva York: Cognitive Therapy Center.

Young, J. E. (1995). *Young Schema Questionnaire–Short Form, Second Edition (YSQ-S2).* Cognitive Therapy Center.

Young, J., Klosko, J., y Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. GuilfordPress.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado

Yo_____, identificado con cedula de ciudadanía No _____certifico que he recibido información clara y veraz respecto a la actividad académica que las estudiantes me han invitado a participar _____Declaro que participo de manera libre y voluntariamente como colaborador contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.
De acuerdo con lo establecido en el artículo 2°, numeral 5° de ley 1090 de 2006, garantizaran la confidencialidad, la buena fe, la confiabilidad y la protección de la intimidad respecto a la información de carácter reservado que yo suministre. Asimismo, se respetará la integridad física y psicológica, y cualquier dato solo será revelado si, durante el proceso de evaluación, se identifica de manera evidente un riesgo para mi vida o la de otras personas.

_____
Estudiantes de Psicología.
Documento de identidad_____

_____
Paciente
Número de identificación _____

Anexo 2

Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-II)

Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-II)

1	2	3	4	5	6
Totalmente falso	Mayormente falso	Un poco cierto	Bastante cierto	Mayormente cierto	Me describe perfectamente

1.	Durante gran parte de mi vida, no me he sentido alguien especial para nadie.	1	2	3	4	5	6
2.	Me siento aferrado/a a las personas que estoy muy unido/a porque tengo miedo de que me abandonen.	1	2	3	4	5	6
3.	Presiento que la gente se aprovechará de mí.	1	2	3	4	5	6
4.	No me aceptan en ningún lugar.	1	2	3	4	5	6
5.	Pienso que ningún hombre/mujer que yo desee amarme cuando viese mis defectos.	1	2	3	4	5	6
6.	No hago casi nada en el trabajo (o universidad) tan bien como lo pueden hacer otras personas.	1	2	3	4	5	6
7.	No me siento capaz de arreglarlas por mí mismo/a en las cosas de cada día.	1	2	3	4	5	6
8.	Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico)	1	2	3	4	5	6
9.	No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.	1	2	3	4	5	6
10.	Pienso que si hago lo que quiero, sólo me buscaré problemas.	1	2	3	4	5	6
11.	Siempre he sido el/la que escucha los problemas de los demás.	1	2	3	4	5	6
12.	La gente me ve como alguien emocionalmente rígido/a	1	2	3	4	5	6
13.	Tengo que ser el/la mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo/a mejor.	1	2	3	4	5	6
14.	Siento que no tendría que seguir las normas básicas ni convencionalismos que siguen.	1	2	3	4	5	6
15.	Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas por conseguir un objetivo a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
16.	En general, no he tenido a mi lado personas que me dieran cariño, apoyo y afecto.	1	2	3	4	5	6
17.	Algunas veces estoy tan preocupado/a por la posibilidad de que las personas me dejen o alejarme de ellas.	1	2	3	4	5	6
18.	Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione	1	2	3	4	5	6
19.	Soy básicamente diferente de las otras personas	1	2	3	4	5	6
20.	Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente.	1	2	3	4	5	6
21.	La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.	1	2	3	4	5	6
22.	No tengo sentido común	1	2	3	4	5	6
23.	No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.	1	2	3	4	5	6
24.	A menudo siento que no tengo una identidad independiente.	1	2	3	4	5	6
25.	Tengo muchas dificultades para exigir que se respeten mis derechos y que se tengan en cuenta mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6
26.	Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo/a	1	2	3	4	5	6
27.	Soy demasiado tímido/a para expresar sentimientos positivos hacia los demás (Por ejemplo, cariño, preocupación).	1	2	3	4	5	6
28.	Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante bien"	1	2	3	4	5	6
29.	Odio que me limiten o que no me dejen hacer lo que quiera.	1	2	3	4	5	6
30.	Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento frustrado/a enseguida, y dejo de intentarlo.	1	2	3	4	5	6
31.	Durante la mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me escuchase, me comprendiese o conectase con mis verdaderas necesidades o sentimiento.	1	2	3	4	5	6
32.	Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.	1	2	3	4	5	6
33.	Normalmente me siento al acecho de las intenciones ocultas de los demás.	1	2	3	4	5	6
34.	Me siento poco integrado/a en los grupos.	1	2	3	4	5	6
35.	No merezco el cariño, la atención ni el respeto de los demás.	1	2	3	4	5	6
36.	No soy tan inteligente como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o estudio).	1	2	3	4	5	6
37.	Me veo a mí mismo/a como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día	1	2	3	4	5	6
38.	Me preocupa que me puedan atacar.	1	2	3	4	5	6
39.	A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.	1	2	3	4	5	6
40.	En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.	1	2	3	4	5	6
41.	Estoy tan ocupado/a haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo/a.	1	2	3	4	5	6
42.	Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo sentimientos.	1	2	3	4	5	6
43.	Debo cumplir todas mis responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
44.	Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.	1	2	3	4	5	6
45.	No consigo obligarme a hacer aquello que no me gusta, aunque sepa que es por mi bien.	1	2	3	4	5	6
46.	Raramente he tenido una persona fuerte que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro/a de lo que hacer.	1	2	3	4	5	6
47.	Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
48.	Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no, ellos me harán daño intencionadamente.	1	2	3	4	5	6
49.	No me siento unido/a a nadie. Soy una persona solitaria.	1	2	3	4	5	6
50.	En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables como para poder abrirme a los demás.	1	2	3	4	5	6
51.	Soy un/a incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.	1	2	3	4	5	6
52.	No puedo fiare de mi criterio en las situaciones cotidianas.	1	2	3	4	5	6
53.	Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.	1	2	3	4	5	6
54.	Mi padre y/o madre se involucran demasiado en mi vida y yo en la suya.	1	2	3	4	5	6
55.	55. 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.	1	2	3	4	5	6
56.	Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo/a	1	2	3	4	5	6
57.	Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demas.	1	2	3	4	5	6
58.	58. No me permito eludir mis responsabilidades ni buscar excusas para mis errores	1	2	3	4	5	6
59.	Siento que lo que yo puedo ofrecer es más valioso que lo que los demás me aportan a mí.	1	2	3	4	5	6
60.	Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.	1	2	3	4	5	6
61.	La mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me cuide, ni que comparta y se preocupe realmente por lo que me ocurre.	1	2	3	4	5	6
62.	Me preocupa que las personas a las que me siento unido/a me dejen o abandonen.	1	2	3	4	5	6
63.	Soy bastante desconfiado/a respecto a las intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
64.	Me siento alejado/a del resto de personas.	1	2	3	4	5	6
65.	Siento que no soy simpático/a.	1	2	3	4	5	6
66.	No tengo tantas aptitudes para el trabajo (estudio) como la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6
67.	No confió en mis habilidades para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.	1	2	3	4	5	6
68.	Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.	1	2	3	4	5	6
69.	Es muy difícil para mis padres (o para uno de ellos) y para mí ocultamos intimidades sin sentimos culpables o traicionados.	1	2	3	4	5	6
70.	Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo/a.	1	2	3	4	5	6
71.	Soy el/la que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.	1	2	3	4	5	6
72.	Me es difícil ser cálido/a y espontáneo/a.	1	2	3	4	5	6
73.	Siento una presión constante por hacer las cosas y darlas por terminadas.	1	2	3	4	5	6
74.	Me es muy difícil aceptar un "no" por respuesta cuando quiero algo de los demás	1	2	3	4	5	6
75	Me cuesta obligarme a terminar tarcas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6

Tabla De Calificación

Esquema	Reactivos	Puntuación total	Reactivos relevantes
Privación emocional	1,16,31,46,61		
Abandono	2,17,32,47,62		
Desconfianza	3,18,33,48,63		
Aislamiento social	4,19,34,49,64		
Defectuosidad	5,20,35,50,65		
Fracaso	6,21,36,51,66		
Dependencia	7,22,37,52,67		
Vulnerabilidad	8,23,38,53,68		
Simbiosis	9,24,39,54,69		
Subyugación	10,25,40,55,70		
Sacrificio	11,26,41,56,71		
Inhibición emocional	12,27,42,57,72		
Estándares inalcanzables	13,28,43,58,73		
Grandiosidad	14,29,44,59,74		
Disciplina insuficiente	15,30,45,60,75		

Clasificación e Interpretación

Esquema	Clasificación		
	Bajo	Normal	Alto
Privación emocional	6	7-17	18
Abandono	8	9-20	21
Desconfianza y abuso	7	8-18	19
Aislamiento social	7	8-18	19
Defectuosidad	5	6-16	17
Fracaso	6	7-17	18
Dependencia / incompetencia	6	7-15	16
Vulnerabilidad	8	9-19	20
Simbiosis	7	8-18	19
Subyugación	7	8-17	18
Sacrificio	10	11-22	23
Inhibición emocional	7	9-19	20
Estándares inalcanzables	12	13-22	23
Grandiosidad	9	10-19	20
Disciplina insuficiente	8	9-19	20

Anexo 3

Estilos de afrontamiento

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

EDAD _____ GÉNERO: F M FECHA: _____

La intención de este cuestionario es la de evaluar los ítems en relación al cómo se siente, qué hace y qué piensa cuando afronta situaciones problemáticas que le pueden ocasionar estrés o ansiedad.
En cuanto al Afrontamiento Laboral presentado en la Empresa.
DENTRO DE LAS RESPUESTAS NO EXISTEN BUENAS O MALAS, simplemente piense como actúa usted en determinadas situaciones según como se afirma en cada pregunta.
Marque con una X el número que se ajuste de acuerdo con la siguiente clave:

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

Piense detenidamente en la última vez en la que se enfrento a una situación verdaderamente difícil y marque la categoría que expresa
COMO USTED ACTUÓ SEGÚN SE AFIRMA EN LA PREGUNTA.

1.	Me concentre exclusivamente en pensar que sería lo más apropiado que debía hacer a continuación	0	1	2	3
2.	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
3.	Me propuse encontrar algo positivo que remediara la situación.	0	1	2	3
4.	Hable con alguien para averiguar mas sobre la situación	0	1	2	3
5.	Me critiqué me sermoneé a mi mismo	0	1	2	3
6.	No intenté quemar de inmediato todos mis cartuchos, sino que deje alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
7.	Confié en que ocurriera un milagro	0	1	2	3
8.	Seguí adelante como si nada hubiese pasado	0	1	2	3
9.	Intente guardar para mi mis sentimientos	0	1	2	3
10.	Intente mirar las cosas por el lado bueno	0	1	2	3
11.	Dormí más de lo habitual en mí	0	1	2	3
12.	Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema	0	1	2	3
13.	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1	2	3
14.	Busqué la ayuda de un profesional	0	1	2	3
15.	Cambie, madure como persona	0	1	2	3
16.	Me eché la culpa de lo ocurrido	0	1	2	3
17.	Elaboré un plan de acción y lo seguí	0	1	2	3
18.	Acepte la segunda mejor posibilidad de solución inferior a la ideal para mi	0	1	2	3
19.	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema	0	1	2	3
20.	Salí de esa experiencia mejor de lo que entré	0	1	2	3
21.	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	0	1	2	3
22.	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas medicamentos	0	1	2	3
23.	Intenté no actuar demasiado pronto, ni dejarme llevar por mi primer impulso	0	1	2	3
24.	Cambié algo para que las cosas salieran bien	0	1	2	3
25.	Evité estar con la gente en general	0	1	2	3
26.	Rehusé pensar en el problema por mucho tiempo	0	1	2	3
27.	Consulte a algún pariente o amigo y respete su consejo	0	1	2	3
28.	Oculte a los demás lo mal que estaban las cosas para mi	0	1	2	3
29.	Le conté a alguien como me sentía	0	1	2	3

30.	Me mantuve firme y peleé por lo que quería	0	1	2	3
31.	Sabia lo que había que hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1	2	3
32.	Me negué a creer lo que había ocurrido	0	1	2	3
33.	Propuse un par de soluciones diferentes para ese problema	0	1	2	3
34.	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en la toma de decisiones	0	1	2	3
35.	Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar lo que me estaba ocurriendo	0	1	2	3
36.	Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar la forma en que me estaba sintiendo	0	1	2	3
37.	Cambié algo de mí, de tal forma que pudiera enfrentarme mejor a la situación	0	1	2	3
38.	Soñé o imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
39.	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1	2	3
40.	Fantaseé o imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.	0	1	2	3
41.	Deseé ser una persona más fuerte y optimista de lo que soy	0	1	2	3
42.	Pensé cosas irreales o fantásticas (como ganarme la lotería) que me hicieran sentir mejor	0	1	2	3