



MIEMBRO DE LA RED  
ILUMNO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO  
FACULTAD DE SOCIEDAD, CULTURA Y CREATIVIDAD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y CULTURA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA, SALUD MENTAL Y CONTEXTO  
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE PRÁCTICA II – INVESTIGACIÓN APLICADA  
ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE IDEAS DESADAPTATIVAS FAMILIARES, SOBRE  
LOS PROCESOS DE ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE JÓVENES ENTRE  
LOS 12 y 16 AÑOS EN LA CIUDAD DE LETICIA, AMAZONAS

PRESENTA:

FONSECA ARÉVALO JUAN ALBERTO. 100202277

MANRIQUE CORTEZ NATALI COD. 100124668

PAEZ AGAMEZ CLAUDIA COD 100200463

PORRAS ROSERO DAVID ALBERTO COD.100108501

SOTO GALAN KELLY STEPHANY COD. 100209647

SUPERVISOR:

Ricardo Cepero Ramos.

BOGOTÁ, AGOSTO – DICIEMBRE DE 2022

**Tabla de Contenidos**

Resumen.....	2
Palabras clave.....	3
Capítulo 1. Introducción.....	3
Descripción del contexto general del tema.....	4
Planteamiento del problema.....	5
Pregunta de investigación.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	7
Justificación.....	7
Capítulo 2. Marco de referencia.....	8
Marco conceptual.....	8
Marco teórico.....	11
Marco Empírico.....	12
Capítulo 3. Metodología.....	14
Tipo y diseño de investigación.....	14
Participantes.....	15
Instrumentos de recolección de datos.....	15
Estrategia del análisis de datos.....	16
Consideraciones éticas.....	16
Capítulo 4. Resultados.....	17
Discusión.....	20
Conclusiones.....	21
Limitaciones.....	22
Recomendaciones.....	22
Referencias bibliográficas.....	23
Anexos.....	27

## Resumen

El siguiente estudio busca analizar la incidencia de esquemas desadaptativos familiares en los procesos de adicción a SPA en jóvenes entre los 12 y 16 años de Leticia (Amazonas), explorando así el papel de la familia y la influencia de creencias nucleares desadaptativas familiares sobre la tendencia o mayor propensión a procesos de adicción; bajo una metodología cuantitativa, no exploratoria, de carácter transversal y correlacional; usando para la recolección de información dos instrumentos, el primero el cuestionario de esquemas de Young (YSQ-L2) y como segundo la Escala de Mannheim para el Craving (MaCS). Los resultados arrojados, nos permite ver que aunque no hay una correlación significativa entre los esquemas de manera independiente resulta visible la importancia que puede tener el conjunto de los esquemas sobre el resultado del craving presente en los pacientes, dado que los niveles de craving se hallaron menos superlativos de lo esperado, se considera importante hacer hincapié en variables relevantes como lo son los rasgos psicosociales y culturales de las familias y la forma en la que estas presentan contención al craving de SPA, así como también el tipo de atención y tiempo de atención previo que podría darse en futuros estudios.

**Palabras clave:** Esquemas, ideas nucleares, craving.

## Introducción

Es fundamental conocer la importancia de las familias en el proceso de crianza de los niños y su acompañamiento en la adolescencia, pues esto supone un proceso neurálgico en su desarrollo, en tanto define la transmisión de esquemas, pautas, conductas e ideas a estos y que demarcan su relacionamiento con el entorno. Las pautas aprendidas de los padres sobre cómo afrontar los conflictos, cómo lidiar con las expectativas o con las múltiples realidades del desarrollo humano son aspectos relevantes en la formación psicológica y social de los menores de edad, influyendo de manera importante en el relacionamiento personal de parte del niño, así

como un factor incidente en elementos personales como podrían ser el autoconcepto, la autoestima o visión de realidad en su vulnerabilidad y propensión al consumo de sustancias psicoactivas (SPA). En este punto es claro que el papel de los padres y la posible intervención a este nivel a través de procesos de terapia psicoeducativa u otras estrategias puede ser fundamental para poder dar apoyo a los hijos en el proceso de rehabilitación y transformación de las ideas familiares, y resolución de problemas. Esto ya que la familia, principalmente los padres tienen un rol importante en la vida de los jóvenes en cuanto a la formación de la identidad, el empoderamiento, el establecimiento de límites y la auto regulación.

### **Descripción del contexto general del tema**

En cuanto a antecedentes se revisa el informe del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2016, el cual se “toma a la población escolar entre los 12 y 18 años de edad y una muestra de alrededor de 96.000 escolares, correspondientes a 3.448 cursos o grupos, de 1.189 sedes de establecimientos educativos de secundaria, localizados en 163 municipios de Colombia. Dicho estudio permite ubicar que la edad promedio de inicio en el consumo de SPA es de 13,1 años, asimismo, establece que es en el bachillerato donde se inicia con el consumo, el cual se incrementa con la edad y el nivel escolar, identificándose también que la marihuana es la sustancia ilícita de mayor uso y con mayor porcentaje que los estudiantes declaran conseguir con facilidad, seguidamente de otras sustancias como bazuco, cocaína, inhalantes y éxtasis (37,3%, 12,4%, 12%, 8,5% y 7% respectivamente)” (Aguilar López, López Herrera, & Mejía Peña, 2020).

De igual manera dicho estudio “indica que dentro los 7 dominios geográficos (Caldas, Antioquia, Risaralda, Quindío, Bogotá D.C., Orinoquía y Amazonía), es donde más se presenta la problemática de consumo de drogas, con una prevalencia superior al 13% respecto a los demás departamentos”. (Aguilar López, López Herrera, & Mejía Peña, 2020)

Según (Loaiza, 2012) citando a la oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito Programa de intervención ante consumo de SPA, en “estos 7 departamentos se presenta la

problemática de consumo de drogas, con una prevalencia superior al 13% respecto a los demás. En tal sentido, se observa una gran necesidad de fortalecer los programas de prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas en el espacio escolar, es importante identificar cuáles son los recursos para los programas de intervención, son escasos y realmente insuficientes en materia de drogas, en especial, en aquellos lugares donde el consumo tiene un impacto mayor”.

### **Planteamiento del Problema**

Los procesos de adicción de parte de los individuos no es un tema ajeno a la realidad actual de todos los países, así como tampoco de un país como Colombia, el cual ha sufrido el flagelo del narcotráfico de estupefacientes, y la búsqueda permanente de estructuras delincuenciales frente al aumento de su poder y proliferación económica, todo a costa de la salud de los propios habitantes del país e incluso de la salud de menores de edad, quienes deberían gozar de especial protección de parte del Estado.

En el caso particular de la ciudad de Leticia (Amazonas), es válido afirmar que el fenómeno ha sido igualmente relevante y dañino, a tal punto de afectar a los menores de edad de esta población sin encontrar aún un paliativo al aumento y manejo de esta compleja situación. Tan relevante ha sido la problemática para las autoridades locales, que vienen desarrollándose iniciativas puntuales por parte de la Alcaldía a cargo del señor alcalde José Huber Araujo, como el levantamiento y caracterización de problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en los colegios de la comunidad. Igualmente es visible la actividad continua de instituciones como la IPS Nuevo Amazonas siendo esta la única institución del departamento habilitada para prestar servicios de salud mental y que puede brindar información relevante para el desarrollo de la presente investigación. Es por esto que la comprensión de este fenómeno y del papel de la comunidad en su núcleo básico (la familia) resulta relevante a fin de apoyar mejores perspectivas para la atención de este problema social.

Teniendo en cuenta lo anterior es posible determinar que las investigaciones y propuestas alrededor de la comprensión de estos fenómenos permitirá generar nuevas formas de abordaje pudiendo darse las mismas desde uno o varios paradigmas de la psicología; por ejemplo, con abordajes como el dado por el paradigma cognitivo, el cual según (Beck, 1995) “propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes”. Este paradigma busca como estrategia de intervención, acercar al paciente lo más que le sea posible al umbral de la consciencia, trabajando claro está desde distintos métodos, técnicas y postulados. Algo valioso a fin de brindar herramientas y perspectivas enriquecidas para los afectados por cualquier adicción.

Igualmente, resulta importante considerar la población pues al momento de intervenir menores de edad, es requerido reflexionar, además, que no hay percepción de riesgo plenamente instaurada la cual es una de las funciones ejecutivas que se reafirman una vez terminada la etapa de neurodesarrollo con la adolescencia tardía a los 21 años (Güemes-Hidalgo et al., 2017). Por tal motivo intervenir las ideas nucleares disfuncionales y distorsionadas circundantes en los padres y madres de estos jóvenes menores de edad entre los 12 y los 16 años consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentran en proceso de rehabilitación, brinda cobertura a uno de los ejes neurálgicos de intervención en un proceso de rehabilitación Bio- Psico-social.

Conscientes y conocedores de la realidad presentada se busca con la ejecución de este proyecto obtener y compartir información relevante y actualizada acerca de las ideas desadaptativas en los entornos familiares, ligados a su realidad cultural y/o individual que inciden en una mayor propensión de los menores de edad al consumo de SPA, también se busca propender por el cuidado y ayuda a las comunidades habitantes de la zona de influencia de Leticia - Amazonas, fortaleciendo dichas comunidades ante su encuentro con estas problemáticas. Es importante así, proponer rutas de trabajo efectivas desde una mejor construcción teórica y de conocimiento de dichas comunidades.

**Pregunta de investigación.**

¿Cuál es la incidencia de los esquemas desadaptativos tempranos sobre la consolidación de procesos de adicción a sustancias psicoactivas, en menores de edad entre los 12 y 16 años en Leticia, Amazonas?

**Objetivo general.**

Analizar la incidencia de esquemas desadaptativos familiares en los procesos de adicción a SPA en jóvenes entre los 12 y 16 años de Leticia (Amazonas).

**Objetivos específicos**

- Indagar elementos teóricos sobre la relación de ideas desadaptativas familiares y procesos de adicción y la naturaleza de cada variable.
- Caracterizar rasgos psicosociales y culturales de familias que poseen miembros menores entre 12 y 16 años con problemas de adicción de SPA de Leticia, Amazonas.
- Analizar la relación entre los esquemas desadaptativos y la vulnerabilidad y/o propensión de menores de edad al consumo de SPA o procesos adictivos a SPA.

**Justificación**

La psicología como área del conocimiento debe buscar en su práctica cotidiana y en su actividad científica la comprensión de los fenómenos sociales y particularmente los propiamente individuales para la creación de herramientas o procesos que permitan abordar realidades humanas. Es necesario así que la investigación propenda por el análisis de realidades de los individuos y particularmente de problemáticas vigentes que inciden en sus vidas.

Esta investigación busca así aportar una comprensión sobre la relación de las dinámicas familiares y su incidencia sobre los procesos de adicción en una población particular; menores de edad entre 12 y 16 años de Leticia (Amazonas). Es así como poner de relieve ideas desadaptativas de los entornos familiares y comprender su profundidad puede demarcar elementos importantes que puedan estar incidiendo en el acercamiento de la población menor de edad a buscar el uso de Sustancias Psicoactivas (SPA). Esto apoyados en la revisión de estudios como los propuestos por autores como Chávez (2013) frente al tratamiento psicosocial de los problemas adictivo-comportamentales. Lo anterior es relevante en tanto que de una forma exploratoria se distingue en la comunidad dinámicas y comportamientos, de parte de los familiares de personas adictas y de las mismas instituciones educativas, que sugieren un desconocimiento o falta de manejo, y falta de comprensión de variables importantes que pueden estar alentando el problema de adicción en la comunidad.

El propósito del tema de estudio radica por ello en el análisis de ideas nucleares familiares, sean éstas, producto de un entorno particular, de una cultura comunitaria y/o de las realidades personales de los familiares de los propios afectados por el consumo de SPA.

Es por ello que, como resultado de la investigación, se espera dar a conocer a la comunidad algunas variables y/o elementos incidentes (ideas desadaptativas) que regulan el comportamiento de familiares y personas en estado de adicción. El conocimiento de este asunto evita la ignorancia en temas que puedan ayudar a la comunidad al entendimiento de esta problemática y comprender plenamente cada una de las diversas estrategias que puedan colaborar para contribuir a resolverlo. Se espera así mismo fortalecer las competencias y conocimiento de los miembros de la investigación frente a semejantes problemáticas en cumplimiento de requisitos de aprendizajes propios de nuestra formación.

## **Marco de referencia**

## **Marco conceptual**

El primer concepto que se aborda desde la investigación es el concepto de esquemas los cuales se podrían definir como “la concepción de lo que es común a todos los miembros de una clase” según Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E., (2013), a su vez que los esquemas mal adaptativos también mencionados por el autor son “un conjunto de temas estables y duraderos que comprenden memorias, emociones, cogniciones y sensaciones corporales acerca de uno mismo y la relación con otros, que se desarrollan durante la infancia y son elaborados a través del curso de vida individual y que son disfuncionales en un grado significativo”.

Al igual que con los esquemas algunos otros autores hablan de creencias nucleares, por ejemplo, Aaron Beck, las explica como “creencias incondicionales, duraderas y globales sobre uno mismo” que pueden ser o no adaptativas; dichas creencias “también pueden manifestarse a través de normas (p.ej., “no debo revelar muchas cosas de mí mismo”, “debo evitar cosas que sean muy complicadas”) y actitudes” (Bados & García, 2010).

Otro elemento conceptual que hace relevancia en el estudio y que podría llegar a reflejarse en los dominios propuestos por Young es el concepto de **codependencia**, el cual se podría describir como “la persona, sea ésta familiar o amigo, que tiene una relación directa e íntima con un alcohólico y que le facilita continuar con la adicción” (Mansilla Izquierdo, 2002) , cabe hacer la aclaración que dicho término no aplica solo para alcoholismo, sino para un sinnúmero de adicciones de acuerdo con los elementos teóricos recabados.

Desde la otra orilla del presente estudio vale la pena también ahondar en el concepto de adicción y particularmente a SPA, según esto, se considera como una adicción el consumo frecuente de SPA, que se convierte en una necesidad crónica del cerebro y que se caracteriza por una búsqueda de una sensación de alivio a través del contacto con una sustancia; razón por la cual debe ser entendida como una conducta aprendida, siendo uno de los factores que incide es la exposición del individuo en su etapa de infancia y/o adolescencia. desde lo cognitivo-conductual se puede ver que las personas con dificultades para regular sus emociones pueden tener mayor propensión a fenómenos de adicción.

Según Marlatt (2005) quien hace una descripción detallada de algunos componentes de la adicción, se debe hacer énfasis en factores interpersonales e intrapersonales determinantes de deslices y recaídas especialmente en la búsqueda de la recuperación; resaltando el factor social, primero visto desde el apoyo social siendo este “un factor predictivo a largo plazo de la tasa de abstinencia en diversos comportamientos adictivos” (Marlatt, 2005), y en segundo lugar desde una visión negativa del mismo eje como es el caso de la presión social que puede inducir al consumo a través de su entorno cercano sea por sugerencia directa o modelamiento. Así, se puede entender que si bien, hay jóvenes que consumen sustancias para afrontar sus problemas o diferentes situaciones en su ámbito social, personal y familiar (siendo estos los principales factores o estímulos ambientales mencionados por Marlatt en el consumo), se debe tener en cuenta también la iniciativa por parte de los jóvenes para experimentar el cambio en su comportamiento, estado mental, físico y emocional.

Como menciona Jiménez (2021) la adicción se convierte primero en grado de dependencia; como respuesta de parte del organismo ante el acople y acostumbramiento a la sustancia y los cambios que vienen con ella, donde se busca a partir de allí consumir la misma o mayor cantidad para conseguir un efecto similar o mejor. Y en segundo lugar en tolerancia; que es cuando se consume una cantidad mayor que la que se requiere pues el organismo ya está acostumbrado.

Cuando un consumidor de sustancias suspende su consumo aparece una reacción sintomatológica llamada síndrome de la abstinencia, que puede ser entendida como un conjunto de incomodidades físicas y psicológicas las cuales varían según el tipo de sustancia y la vía de administración, las cuales van acompañadas de craving, definido por Vela et al (2004) como un “deseo por el consumo de drogas” además de ser un “componente esencial en una dependencia y su papel en el mantenimiento de la abstinencia”, conceptualización coincidente con autores como Sánchez Hervas (2001) quienes definen el craving como un deseo o una necesidad de depender de algo - en el caso del presente estudio aplicable a sustancias psicoactivas (SPA) - siendo persistente un deseo de poder encontrar o mantener ese estado psicológico que se logra a través del consumo de SPA.

En el DMS V se menciona que este síntoma es un criterio diagnóstico propio de trastornos por consumo de sustancias. Es un concepto nuclear por ser un pensamiento obsesivo de búsqueda de alivio que se vuelve un proceso cognitivo automático. Por otra parte se menciona la posible existencia de diferentes tipos de craving o diferentes tipos de deseo o dependencia a las SPA y como hay procesos conductuales que pueden aumentar el craving como disminuirlo, en cuanto a la medición del craving aún no se ha logrado hacer una medición del todo correcta, sin embargo se han logrado algunos avances en cuanto a la clasificación que nos ayuda a entender un poco mejor su composición como nos muestra Early (pág. 238) que identifica cuatro tipos de dependencia a las SPA: uso reforzado que básicamente se refiere al inicio de consumir la sustancia y su eliminación cuando ya se abandona, interoceptivo que habla de los cambios corporales o pensamientos al mes de su abandono, encubierto que trata una falsa confianza al pensar que ya no se requiere de la sustancia y condicionado que es de después de dos años de dejarla las señales externas que se pueden recibir y estos pueden llegar a ser estímulos. A lo mencionado anteriormente por Early (pág. 238) lo complementa Singleton y Gorelik (pág. 239) que han desarrollado un sistema de clasificación en modelos que están basados en el modelo neuro adaptativo que se refiere a las alteraciones o modificaciones que se tiene a nivel neuronal principalmente se relaciona con la dependencia física, como con la tolerancia o síndrome de abstinencia.

### **Marco teórico**

El modelo mediante el cual se pretende abordar la investigación es el de la teoría de los esquemas propuesto por Young, la cual de acuerdo con Rodríguez (2009) es integradora ya que “combina elementos de las escuelas cognitivo-conductuales, teoría del apego, Gestalt, constructivistas y elementos dinámicos”, según dicho autor Young propone que “los esquemas son la secuencia de una interacción entre unas necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia, experiencias tempranas y el temperamento innato del niño.” Dichos esquemas se tornan mal adaptativos cuando existe una frustración de alguna de las 5 necesidades emocionales planteadas por Young, según (Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E., 2013) los

esquemas mal adaptativos tempranos (EMT) son “ desarrollados sobre todo como resultado de las experiencias infantiles tóxicas”, además “son estructuras emocionales y cognitivos que produce efectos perjudiciales para el individuo, desarrollados en la infancia y se van siendo presentes a lo largo de la vida. Es decir que los comportamientos de cada individuo son dados según sus esquemas.”

De esta forma una vez identificadas las necesidades Young propone el abordaje de los esquemas desde una clasificación de cuatro (5) dominios y/o categorías específicas, así:

i) Desconexión y rechazo: esquemas asociados con la falta de estabilidad, seguridad y estabilidad en las relaciones interpersonales. Incluye los esquemas de: abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, imperfección/vergüenza, aislamiento social/alineación.

ii) Autonomía y desempeño deteriorados: esquemas asociados con la percepción propia de inseguridad y sufrimiento producto de la falta de autonomía. Agrupa esquemas de: dependencia/incompetencia, apego confuso, y/o inmaduro, fracaso, vulnerabilidad al peligro o enfermedad.

iii) Estándares y responsabilidad excesiva: personas con patrones en este dominio típicamente ponen las necesidades y deseos de terceros por encima de los propios, y como resultado de ello muchos de sus esfuerzos se dirigen a satisfacer los deseos de otros. Incluye esquemas como subyugación, autosacrificio, búsqueda de aprobación/reconocimiento.

iv) Límites deteriorados: Caracterizado por una falta de límites internos, una inhabilidad de definir metas a largo plazo, y una falta de responsabilidad frente a otros. Agrupa esquemas como: grandiosidad y autorización, insuficiencia de control/autodisciplina.

v) Sobrevigilancia e inhibición: Caracterizado por la supresión de sentimientos propios e impulsos espontáneos mostrando una hipervigilancia y generando una contención excesiva de acciones y sentimientos.

### **Marco Empírico.**

Tomando como base el propósito de la investigación es visible la importancia de estudios precedentes que den cuenta del análisis de las variables propuestas. A este respecto se pueden citar algunas de las investigaciones relevantes dentro de un marco temporal de 10 años.

Dentro de las investigaciones recientemente desarrolladas es clara la tendencia al uso de los esquemas propuestos por Young para establecer la relación con diferentes niveles de adicción a sustancias y eventos repetitivos (redes, celular, etc), una de ellas es la desarrollada por Montesinos(2018), allí la autora desarrolla un estudio cuantitativo de relación entre EMT y rasgos patológicos de la personalidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias, valiéndose de la conceptualización e instrumentos de Young junto con instrumentos de inventario de la personalidad en una población consumidora de SPA. Concluyendo con el estudio la no existencia de muchos elementos relacionados con la adicción a partir de los esquemas desadaptativos<sup>1</sup>, siendo sólo significativo enunciar la incidencia del afecto negativo (abandono, privación emocional e inhibición emocional) y de la desinhibición sobre la adicción, en los dos casos como rasgos de personalidad coincidentes y en línea con los esquemas para definir la relación con la adicción.

Algunos estudios también han abordado la relación entre los esquemas desadaptativos con adicciones comportamentales, tal es el caso del estudio realizado por Aloi et al. (2020), donde se enfatiza en la relación de EMT (esquemas mal adaptativos tempranos) con la adicción alimenticia (AA), adicción al internet (AI), y adicción al juego (AJ). Allí y a través de un modelo de regresión corrido bajo un modelo “stepwise logistic” (paso a paso bajo modelo logístico) se evidenció una correlación significativa entre los EMT y la adicción a AA y AI desde todos los dominios propuestos desde la conceptualización de Young, y en cuanto a la adicción a juegos se evidenció la relación sólo con los esquemas de autonomía y desempeño deteriorados y límites deteriorados. Mostrándose con ello la interesante relación que pudiera sustentarse de las adicciones con los EMT.

De igual forma es posible encontrar estudios como el desarrollado por Gómez & Vélez (2021) quienes abordan la relación entre la adicción desde el craving y las “creencias nucleares” fundamentadas en Aaron Beck. Este estudio particularmente muestra la incidencia de las

---

<sup>1</sup>En la literatura puede hallarse tanto el uso indistinto de esquemas” desadaptativos como mal adaptativos” resultado de la traducción de la acepción anglosajona “maladaptive schemas”.

creencias en el deseo de consumo (craving) en una población de alcohólicos anónimos de Medellín, siendo una de las pocas investigaciones en la literatura hallada con un énfasis tan puntual en la relación de las variables. Para ello los autores hicieron uso de un cuestionario de creencias nucleares y cuestionario AUDIT (Alcohol Use disorders Identification Test) de consumo donde concluyeron que sólo en el 20% de la población podría verse de manera significativa la relación de las creencias desadaptativas y el craving.

Finalmente es posible hallar en la literatura estudios como los desarrollados por Muller (2014) y Bakhshi, & Nikmanesh (2013) quienes enfatizan en poblaciones jóvenes y el riesgo y/o potencial de adicción que tienen los esquemas mal adaptativos en la adicción a drogas (SPA). En dichos estudios, el primero como aparte de una revisión bibliográfica, y el otro, un estudio cuantitativo que enfatiza en la incidencia de dichos esquemas. El estudio de Bakhshi et al. resulta así el más completo en tanto dirigieron su investigación con una muestra de 260 estudiantes de la universidad de Sistán, y con instrumentos de medición como el test de Young y cuestionarios de potencial de adicción. Llegando a una conclusión a nivel de correlación, propia del estudio cuantitativo, según la cual se evidenciaba una correlación positiva y significativa entre el potencial de adicción y los esquemas mal adaptativos. En la literatura puede hallarse tanto el uso indistinto de esquemas “desadaptativos como mal adaptativos” resultado de la traducción de la acepción anglosajona “maladaptive schemas”.

Una vez desarrollada esta breve síntesis de estudios se exalta la diferencia de la presente investigación donde se proponen enfatizar en el análisis en una población particular en Colombia, considerando especialmente la ausencia de un conjunto de estudios de este tipo en el país, además de ser un estudio donde se aplicará a su vez un conjunto de instrumentos no hallados en un uso conjunto en la literatura para evaluar la relación de las variables presentadas.

## **Metodología.**

### **Tipo y diseño de investigación.**

El tipo de investigación abordado en la investigación bajo desarrollo es un estudio cuantitativo, no exploratorio, de carácter transversal y correlacional.

Al tratarse de un estudio no exploratorio, nos permitirá acceder a una literatura amplia sobre investigaciones previas en relación con las variables que comprenden el estudio; cuando se habla de transversal corresponde al período de tiempo en el que se desarrollará la respectiva investigación; el carácter correlacional según Sampieri et al. (2014) pretende que “al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y después, cuantifican y analizan la vinculación”. De acuerdo con lo mencionado se hace importante dirigir nuestra investigación desde esta perspectiva metodológica.

### **Participantes.**

La muestra está compuesta por 15 jóvenes de sexo masculino entre las edades de 12 a 16 años de edad jóvenes oriundos de zonas rurales de Leticia y nivel educativo inferior a quinto de primaria, pertenecientes a régimen subsidiado en Entidades promotoras locales como la Nueva EPS, los cuales siguen tratamiento para su adicción en modalidad intramural en un centro Provincial de Drogodependencias en el departamento del Amazonas. El muestreo utilizado es a partir de un marco muestral, conocido como marco de referencia, tomado de la base de datos suministrada por la IPS Nuevo Amazonas. El 100 % (n = 15) presentan trastorno por dependencia al cannabis tipificada en CIE10 como F122 y el 46.7% (n =7) presentan de manera comórbida otra dependencia tipificada en CIE 10 como F192. En el momento en que se realiza el estudio los pacientes llevan de media 4 meses en tratamiento (DT = 4), con un rango que va de 1 a 6 meses, y 4 meses abstinentes (DT = 4), con un rango que va de 1 a 6 meses.

### **Instrumentos de recolección de datos.**

Para la recolección de información a fin de desarrollar el estudio de las variables abordadas en la investigación se ha definido el uso del cuestionario de esquemas de Young (YSQ-L2), (ver anexo 1) para el análisis de la variable definida por los esquemas mal adaptativos

tempranos. Este cuestionario es una adaptación del cuestionario original de Young (1998), y fue adaptada por Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín y Schnitter (2005).

Instrumento que evalúa 5 dimensiones: Autonomía y ejecución deteriorada, Desconexión y rechazo, orientación hacia los demás, límites deteriorados e inhibición. Siendo un instrumento validado y con consistencia interna mayor al instrumento original de acuerdo con lo recabado por Mate (2018).

Por otro lado, para la medición de la variable asociada a la adicción se ha definido la escala de craving MaCS diseñada por H. Nakovics, A. Diehl, H. Geiselhart & K. Mann., por ser esta una escala validada para la medición de craving de sustancias psicoactivas de manera general, es decir la intensidad del deseo de consumo. Esta escala consta de 12 ítems y 4 ítems adicionales. Los cuales tratan aspectos conductuales o cognitivos compulsivos y motivacionales compulsivos. Siendo esta una escala que ha mostrado buena confiabilidad y validez de acuerdo con revisiones teóricas hechas por autores como Nakovics et al. (2009).

### **Estrategia del análisis de datos.**

El análisis de datos se desarrollará con el uso del programa estadístico SPSS el cual permitirá hacer evaluación de estadísticos descriptivos e inferenciales para el caso de la correlación de variables, además de permitir el la graficación de los resultados.

### **Consideraciones éticas.**

La ética en este proyecto de investigación está regulada por 5 principios: respeto, justicia, responsabilidad, honestidad y libertad. Lo anterior apoyado por la ley 1090 de 2006 “por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código Deontológico y bioético y otras disposiciones”. Este documento recoge el conjunto de normas y deberes para una profesión de manera que su seguimiento oriente el ejercicio de la profesión con los estándares y principios éticos definidos. Teniendo en cuenta que la población de intervención son adolescentes se tendrá en cuenta de manera rigurosa el seguimiento a estos principios éticos. Por ningún motivo se pondrá en riesgo la vulnerabilidad de estos jóvenes sino por el contrario el objetivo es dar herramientas a equipos interdisciplinarios para mejorar su proceso de rehabilitación. En esta medida se procedió a garantizar la comunicación correcta con la

institución, así como con los encuestados, garantizando el uso estrictamente académico y previniendo cualquier filtración de información a terceros diferentes a quienes desarrollaban el actual trabajo.

## Resultados

Luego del procesamiento de la información recopilada en campo, se procedió a tabular la información y con ello proceder a la caracterización de los resultados de la población, y particularmente frente a los resultados de la presencia de esquemas desadaptativos tempranos y nivel de craving. Avanzando posteriormente con el análisis de la correlación de esquemas independientemente y su incidencia conjunta sobre el craving. Los resultados son los presentados a continuación:

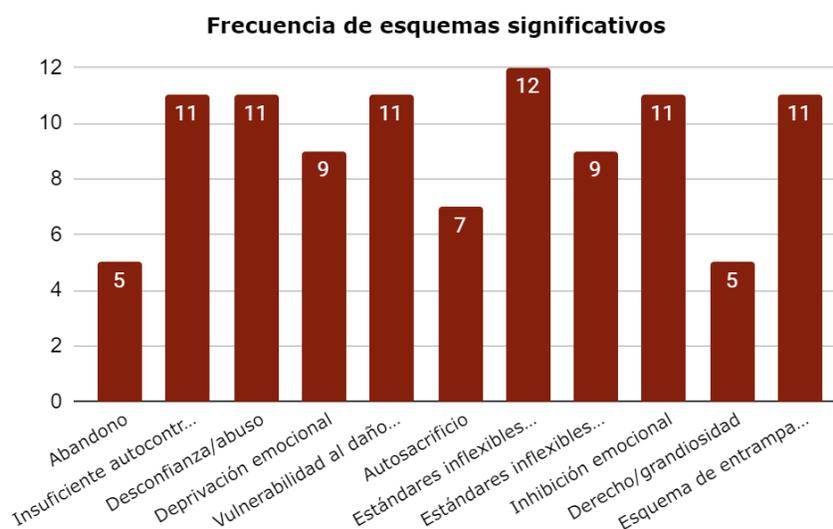


Gráfico 1. Histograma de esquemas significativos. Fuente: Los autores

En este primer gráfico de resultados es visible la presencia significativa de esquemas maladaptativos en la población, siendo el de mayor preponderancia el esquema de estándares inflexibles 1 (autoexigencia), con presencia en el 80% de la población bajo estudio. De igual forma otros esquemas cuya presencia se destaca en la mayor parte de los encuestados fueron los esquemas de: insuficiencia de autocontrol, desconfianza/abuso, vulnerabilidad al daño,

inhibición emocional y entrapamiento. No menospreciando con ello la presencia de otros esquemas y la presencia general significativa de estos esquemas desadaptativos en todos los pacientes. El puntaje más bajo que es el 33,3% está en los esquemas de abandono y derecho/grandiosidad.

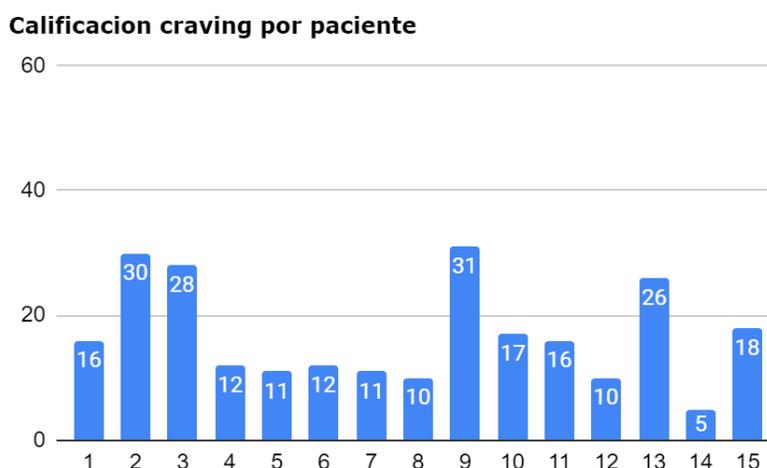


Gráfico 2. Histograma calificación de craving por paciente. Fuente: Los autores

El segundo gráfico nos muestra cómo los pacientes encuestados califican su necesidad de tener contacto con la sustancia donde 0 es ninguna necesidad y 60 es una alta necesidad de consumo. 11 de los pacientes encuestados afirman estar por debajo de la media y solo dos llegan a la media.

Posteriormente al análisis individual de los instrumentos se procedió a desarrollar el cálculo de las correlaciones de los respectivos esquemas y el craving con ayuda del software estadístico SPSS donde se desarrolló una correlación biserial puntual (dada por la naturaleza de un lado de los resultados del cuestionario YSQL2, que se calificaron como significativos y no significativos (variable dicotómica) y de otro lado la variable continua de la sumatoria de la calificación de la escala MaCS ); se pudo concluir que no había correlaciones significativas entre el craving (deseo) y las variables independientes/esquemas de manera particular como se muestra en la tabla a continuación:

CORRELACIONES DE LOS ESQUEMAS CON CRAVING			
AB	-0,329	EST1	0,224
INS	0,124	EST2	-0,186
DES	-0,239	INH	0,085
DEP	-0,255	DER	-0,311
VUL	-0,373	ENT	0,104
AUT	-0,204		

Tabla 1. Correlaciones de esquemas individuales y craving. Fuente: Los autores

Así mismo, aunque no hay una correlación significativa entre los esquemas de manera independiente resulta visible la significancia que puede tener el conjunto de los esquemas sobre el resultado del craving presente en los pacientes explicando hasta un 92,4% de la presencia del craving.

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,924 <sup>a</sup>	,853	,315	6,75943

a. Predictors: (Constant), ENT, EST1, DEP, VUL, INS, AB, INH, DER, EST2, DES, AUT

Tabla 2. Modelo de regresión lineal múltiple. Fuente: Los autores

No obstante, lo anterior al analizar la tabla de análisis de varianza no se ve una significancia estadística del modelo, descartando lo que en principio sería la hipótesis del estudio según la cual los esquemas presentan una incidencia sobre el craving y limitando la funcionalidad del modelo, según el cual la intervención de los esquemas eventualmente podría impactar significativamente el nivel de craving.

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	796,664	11	72,424	1,585	,390 <sup>b</sup>
	Residual	137,070	3	45,690		
	Total	933,733	14			

a. Dependent Variable: CRAV

b. Predictors: (Constant), ENT, EST1, DEP, VUL, INS, AB, INH, DER, EST2, DES, AUT

Tabla 3. Análisis de varianza. Fuente: Los autores

Es posible concluir entonces con los resultados presentados que no se soporta la incidencia de esquemas desadaptativos sobre el craving (deseo) de consumo de sustancias psicoactivas.

## Discusión

De manera general el marco teórico soporta la relación de esquemas desadaptativos tempranos con problemáticas diversas, por lo que era esperado encontrar en la población estudiada la presencia de los esquemas propuestos por Young, esto fue validado en el presente estudio con éxito parcial dado que es visible la presencia de los mencionados esquemas en la población. No obstante, de manera contrastante no fue posible hallar un alto grado de significancia en la incidencia de los esquemas en el deseo permanente (craving) de los pacientes frente a su consumo.

De otro lado considerando que la escala de craving bajo sus 12 ítems base apunta a un puntaje máximo de 60 puntos en el caso de mayor grado de craving, fue visible que la población bajo estudio no presenta grados de craving sensiblemente altos, pues sólo el 26% de la población aproximadamente supera una puntuación de 20 puntos posiblemente asociado con el proceso de acompañamiento llevado en el centro de rehabilitación. Poniendo de manifiesto la importancia de una variable que pudiera ser significativa en estudios posteriores y es el tiempo de

intervención que puede ser relevante en relación con el craving, más allá de la presencia o no de los esquemas desadaptativos.

Se confirma así que este tipo de poblaciones en efecto como se veía en el marco teórico si presentan estos tipos de esquemas, pero no necesariamente se debe relacionar con el nivel de deseo que puede presentar un consumidor de SPA, el cual puede ver otras variables. Lo cual puede explicarse bajo un razonamiento visible con el estudio y es que, aunque un paciente pueda reflejar en algunos o varios de los esquemas propuestos por Young a nivel de deseo de consumo también pueden ser relevantes otras variables.

## **Conclusiones**

El desarrollo del estudio permite destacar como primer hallazgo la confirmación a través de la caracterización de la población en relación con los resultados de la presencia significativa de esquemas desadaptativos como los propuestos por Young en la población bajo estudio. De otro lado, los niveles de craving se encontraron menos superlativos de lo esperado, por lo que se considera importante hacer hincapié en variables relevantes como lo son los rasgos psicosociales y culturales de las familias y la forma en la que estas presentan contención al craving de SPA, así como también el tipo de atención y tiempo de atención previo que podría darse en futuros estudios. Es visible además que con los datos recabados y la población bajo estudio no se halló una correlación directa de los esquemas de manera individual ni conjunta con el craving, así como no se encuentra un modelo significativo de incidencia de los esquemas sobre este último.

## **Limitaciones**

Dentro de las limitaciones del estudio puede destacarse el número relativamente pequeño de la población, así como la dificultad en campo frente a contar con la disponibilidad y comunicación asertiva con los pacientes para llenar los instrumentos con una orientación más

idónea, pues en algunos casos las características particulares de la población limitaron la consecución de algunos otros pacientes adicionales.

Igualmente es destacable el ahondamiento en algunas variables como los procesos previos de atención, una mejor caracterización de tiempo de atención que han tenido los pacientes y eventualmente medidas multitemporales de la escala de craving y de la presencia o no de esquemas desadaptativos en la población. A este respecto y en el desarrollo de la presente investigación se comparten en los documentos anexos algunas pautas propuestas para el proceso de seguimiento e intervención de pacientes con consumo problemático de SPA (entrevista cognitiva. Propuesta de sesiones de atención, etc.)

## **Recomendaciones**

Como primera medida se recomienda desde los elementos encontrados en la investigación hacer uso de los elementos teóricos hallados dando un papel relevante al uso de la visión de esquemas de Yung derivado de su presencia confirmada en los pacientes consultados, así mismo, también se propone hacer uso de aproximaciones de intervención y acompañamiento como las propuestas en el anexo 5 cuyo fundamento se soportó en la conexión con los profesionales que vienen haciendo el acompañamiento a los pacientes consultados. De igual forma es necesario considerar para este y cualquier otro proceso que la orientación conductual, seguimiento y el acompañamiento familiar para el proceso de rehabilitación son fundamentales, no solo hay que poner la mirada en los procesos fisiológicos de desintoxicación y medicación para soportar el proceso. Definitivamente en la intervención de los pacientes el apoyo familiar y el cambio conductual son definitivos en la recuperación y el distanciamiento del contacto con SPA. Incentivar una relación de respeto, tener un ambiente de comunicación y confianza estableciendo lazos de afecto y buena convivencia, como también reconocer sus logros, habilidades personales y sus capacidades. Es importante que el joven reconozca la adicción y las limitaciones que esto genera en él, motivar a enfrentar esta situación y buscar ayuda en su entorno generando un plan de acción no solo con en el proceso dejar el consumo sino también de volverse a vincular a la sociedad de manera productiva desde la sobriedad. El proceso de

deshabituar y rehabilitar la función cerebral es un proceso largo que implica que el joven y la familia permanezcan de manera constante. Estar en el presente y revisar los disparadores del consumo y atenderlos, modificando la respuesta, la reestructuración cognitiva, las técnicas de exposición, la desensibilización sistemática, las técnicas de modelado y el entrenamiento para la resolución de problemas son entre otras unos de los protocolos que recomendamos sean aplicados en el proceso de rehabilitación. También recomendamos el trabajo corporal como técnicas de respiración y relajación para mitigar el estrés que produce no consumir SPA. Todo esto llevará al joven a darse cuenta de que los pensamientos negativos no le permiten resolver las crisis que atraviesa y lo llevan al consumo y modificar poco a poco este aprendizaje de evasión cambiando los esquemas, se recomienda para este proceso un reforzamiento intermitente. Albert Ellis, fundamenta su teoría en la frase del “pensamiento filosófico de los estoicos, que sostenían que la perturbación emocional no está directamente provocada por la situación sino por la interpretación que los sujetos hacen de ella”

## Referencias Bibliográficas

Aguilar López, N., López Herrera, C. P., & Mejía Peña, H. F. (2020). *Programa de intervención para el abordaje del consumo de SPA en población adolescente mediante la metodología de socialización política... en el marco de la psicología de la salud*. Pereira: Universidad Cooperativa de Colombia.

Bados, A., & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.

Takeshi F., Nikmanesh Z. (2013). *Role of Early Maladaptive Schemas on Addiction Potential in Youth*.

Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.

Centro de Psicología Politécnico Grancolombiano (2018). *Código Deontológico Politécnico Grancolombiano*. DE, P. D. F. L

Chávez, M. L. (2013). *La familia, las relaciones afectivas y la identidad étnica entre indígenas migrantes urbanos en San Luis Potosí*. Primavera 2013, 131-155

Gómez N., Vélez A. (2021). *Creencias nucleares y sus posibles repercusiones frente al craving en grupos de Alcohólicos Anónimos de Medellín*. Universidad de Antioquia.

Gutierrez A. M. (2020). *La problemática de adicciones en pueblos indígenas de Colombia y la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Valdivia; XXXIII (2), 205-228

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.

Mate. A. Isabel (2018). Esquemas cognitivos disfuncionales, distorsiones cognitivas y agresión en jóvenes y adolescentes. Universidad Complutense de Madrid. Tesis doctoral.

Medina, A., Moreno, M. J., Lillo, R., & Guija, J. A. (2014). LA DEPENDENCIA EMOCIONAL: Aspectos jurídicos y psiquiátricos Documentos Córdoba 2014.

Montesinos, Nicole (2018). Relación entre esquemas desadaptativos tempranos y rasgos patológicos de la personalidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias del Centro de Tratamiento de Adicciones Proyecto Esperanza

M. Güemes-Hidalgo, M.J. Ceñal González-Fierro, M.I. Hidalgo Vicario (2017). *Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. *Pediatría Integral* 2017; XXI (4): 233–244

Jiménez, L. A. (2021). *El consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes en tiempos del Covid-19*. *Revista Cultura y Droga*.

Mansilla Izquierdo, Fernando. (2002). Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (81), 9-19. Recuperado en 29 de octubre de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352002000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100002&lng=es&tlng=es).

Matteo A., Valeria V., Rania M., Sacco, R., Fernandez. F, Jiménez-Murcia S., De Fazio P., Segura C. (2020). The Potential Role of the Early Maladaptive Schema in Behavioral Addictions Among Late Adolescents and Young Adult.

Muller. Christian P. (2014). Do Maladaptive Schemas Put Young People at Risk for Addiction?

Nakovics H., Diehl A., Geiselhar H., Mann K.. (2009). Development and validation of an overall instrument to measure craving across multiple substances: the Mannheimer Craving Scale (MaCS).

Loaiza, M. (2012). *Análisis de la cooperación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) a los programas de desarrollo alternativo del gobierno de Colombia*. Bogotá: Universidad del rosario.

Rodríguez Vílchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances En Psicología*, 17(1), 59–74. Recuperado a partir de <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1908>

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Terapia de esquemas: Una guía práctica*. New York: Guilford Press

## Anexo 1. Cuestionario YSQ-L2

\* D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter  
(2003) Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia) Desarrollado por Jeffrey  
E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.

### Nº Protocolo

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino (\_\_\_\_) Femenino (\_\_\_\_) Estado Civil:

\_\_\_\_\_

Estrato socioeconómico: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

### INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí mismo (a). Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo (a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

	1	2	3	4	5	6
1 Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.						

2 Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.						
3 La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.						
4 Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.						
5 Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.						
6 Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.						
7 Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo						
8 No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.						
9 Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.						
10 Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la						

posibilidad de perderlas.							
11 Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.							
12 Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.							
13 Me da una gran dificultad confiar en la gente.							
14 Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.							
15 Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.							
16 Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.							
17 Me preocupa volverme un indigente o vago.							
18 Me preocupa ser atacado.							
19 Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.							
20 Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.							
21 Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y							



34 Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.						
35 Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.						
36 Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.						
37 Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.						
38 Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas						
39 Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.						
40 Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.						
41 Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.						
42 Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.						
43 Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.						

44 No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.						
45 No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien.						

## Anexo 2. Escala de Mannheim para el Craving (MaCS)

Instrucciones: En las siguientes preguntas se le preguntará sobre su consumo de sustancias (alcohol o drogas) y las ideas, pensamientos, impulsos o imágenes relacionadas con este consumo. Por favor, rodee el número que aparece junto a la frase que mejor se ajusta a su situación. Si no se indica de manera diferente, las preguntas se refieren al período de los últimos siete días.

1. ¿Cuánto tiempo (cuando no está consumiendo) ocupa al día en ideas, pensamientos, impulsos o imágenes relacionadas con las sustancias?
  0. Ninguno
  1. Menos de 1 hora al día
  2. 1-3 horas al día
  3. 4-8 horas al día
  4. Más de 8 horas al día
  
2. ¿Con qué frecuencia ocurren estos pensamientos?
  0. Nunca
  1. No más de 8 veces al día
  2. Más de 8 veces al día, pero la mayoría de las horas del día están libres de ellos.

3. Más de 8 veces al día y durante la mayoría de las horas del día
  4. Los pensamientos son demasiado numerosos para contarlos y rara vez pasa una hora sin tener varios pensamientos
3. ¿Hasta qué punto estas ideas, pensamientos, impulsos o imágenes interfieren con su funcionamiento social o laboral? ¿Hay algo que no haga o no pueda hacer debido a ellos? [Si usted no está trabajando actualmente, ¿cuánto rendimiento se vería afectado si estuviera trabajando?]
0. Estos pensamientos no interfieren en absoluto - Trabajo y actúo con normalidad
  1. Estos pensamientos interfieren con mi comportamiento social o desempeño ocupacional en un nivel bajo, pero mi comportamiento o rendimiento no se ve afectado
  2. Estos pensamientos interfieren con mi comportamiento social o rendimiento laboral de manera significativa, pero todavía lo puedo manejar
  3. Estos pensamientos interfieren con mi comportamiento social o desempeño ocupacional de forma considerable
  4. Estos pensamientos dificultan mi comportamiento social o desempeño ocupacional por completo
4. ¿Cuánto le preocupan o le molestan estas ideas, pensamientos, impulsos o imágenes relacionados con el consumo, cuando usted no está consumiendo?
0. Nada.
  1. Leve preocupación, infrecuente y no demasiado inquietante
  2. Preocupación moderada, frecuente y preocupante, pero todavía manejable m
  3. Preocupación grave, muy frecuente y muy preocupante

4. Extrema, casi constante, todo se ve afectado
5. Cuando no está consumiendo, ¿cuánto esfuerzo pone de su parte para resistir/ tratar de ignorar/ tratar de desviar la atención de estos pensamientos? (Intente graduar su esfuerzo para resistir estos pensamientos, no su éxito o fracaso en controlarlos de un modo efectivo).
  0. Mis pensamientos son tan mínimos, que no es necesario resistir activamente. Si tengo pensamientos, hago un esfuerzo para resistir siempre
  1. Trato de resistir la mayor parte del tiempo
  2. Hago algún esfuerzo para resistir
  3. Cedo ante esos pensamientos sin intentar controlarlos, pero lo hago con cierta reticencia
  4. Cedo completa y voluntariamente a todos esos pensamientos
6. Cuando usted no consume sustancias, ¿cuánto éxito tiene en detener o desviar estos pensamientos?
  0. Los detengo o desvío completamente
  1. Normalmente soy capaz de parar o desviar tales pensamientos con algo de esfuerzo y concentración
  2. Algunas veces soy capaz de parar o desviar tales pensamientos
  3. Rara vez consigo detener esos pensamientos y sólo los puedo apartar con dificultad
  4. Rara vez soy capaz de desviar tales pensamientos, incluso momentáneamente
7. ¿Cuánto se ve afectado su rendimiento laboral por el consumo de sustancias? ¿Hay algo que no haga o no pueda hacer debido a su consumo de sustancias? (Si usted no está trabajando actualmente, ¿cómo cree que su rendimiento se vería afectado si lo estuviera?)

0. No interfiere con mis actividades profesionales – funcionó con normalidad
  1. Interfiere levemente con mis actividades profesionales, pero mi rendimiento no se ve afectado
  2. Definitivamente interfiere con mi rendimiento laboral, pero todavía puedo controlarlo
  3. Causa un deterioro sustancial en mi rendimiento laboral
  4. Interfiere/deteriora totalmente en mi rendimiento laboral
8. ¿Cuánto interfiere el consumo de sustancias con su funcionamiento social? ¿Hay algo que no haga o no pueda hacer debido al consumo?
0. No interfiere - funcionó con normalidad
  1. Interfiere levemente con mis actividades sociales, pero mi rendimiento en general no está alterado
  2. Definitivamente interfiere con mi desempeño social, pero todavía puedo controlarlo
  3. Causa un deterioro importante en mi desempeño social
  4. Interfiere totalmente con mi desempeño social
9. Si se le impide el consumo de sustancias cuando lo desea, ¿cuán ansioso o irritado estaría?
0. No experimentaría ansiedad o irritación
  1. Me sentiría un poco ansioso o irritado
  2. Me sentiría ansioso o irritado, pero podría manejarlo
  3. Experimentaría un aumento importante y preocupante en la ansiedad o la irritación
  4. Experimentaría ansiedad o irritación incapacitante

10. ¿Cuánto esfuerzo hace para resistir el consumo de sustancias? (Sólo califique su esfuerzo por resistir, no su éxito o fracaso en controlar el consumo de modo efectivo)

0. Mi consumo es tan mínimo, que no es necesario resistir activamente. Pero si consumo, intentó resistir
1. Trato de resistir la mayoría de las veces
2. Hago algún esfuerzo para resistir
3. Cedo a casi todos los consumos, sin tratar de controlarlo, pero lo hago con cierta reticencia
4. Cedo al consumo completa y voluntariamente

11. ¿Cuán fuerte es el impulso de consumir sustancias?

0. No hay impulso
1. Siento alguna presión
2. Siento una presión fuerte
3. Siento una presión muy fuerte
4. El impulso es completamente involuntario y abrumador

12. ¿Cuánto control tiene usted sobre su consumo de sustancias?

0. Tengo el control total
1. Normalmente, soy capaz de ejercer un control voluntario sobre el consumo
2. Puedo controlarlo pero con dificultad
3. Tengo que consumir y sólo los puedo retrasar con dificultad
4. Rara vez soy capaz de retrasar el consumo, aunque sea momentáneamente

13. Durante los últimos siete días, ¿cuánta fue su ansia de drogas / alcohol como media?

Nunca 0 |—————| 100 Muy fuerte

14. Por favor, piense otra vez: en el momento cuando el craving fue más fuerte en estos últimos siete días. ¿Cuán fuerte fue este deseo de consumir?

Nunca 0 |-----| 100 Muy fuerte

15. Durante los últimos siete días, ¿con qué frecuencia ha tenido craving de la sustancia (el deseo por ella, durante el período en que no ha consumido)?

Nunca 0 |-----| 100 Muy fuerte

16. ¿Cuándo fue la última vez que consumió (cualquier sustancia)?

Hace \_\_\_\_\_ días

### Anexo 3. Propuesta preliminar de intervención

Estructuralmente se propone dividir los instrumentos de control que servirán para realizar la medición en cinco (5) tiempos o momentos, mediante la implementación de cuatro (4) instrumentos, uno para cada tiempo de manera respectiva

El primer (1) momento, mediante una **entrevista cognitiva inicial**, la cual se divide en 2 partes:

1. Conceptualización cognitiva:

- Diagnóstico:
- ¿Cuáles son los problemas actuales de tus hijos, cómo se desarrollaron y cómo persisten en este momento?

- ¿Qué pensamientos y creencias (disfuncionales) identifican ustedes como padres que se asocian con los problemas?
- ¿Qué reacciones emocionales y comportamentales observa en los padres que puedan relacionarse a estos pensamientos disfuncionales?

2. Hipótesis acerca del modo como el paciente llegó a desarrollar su trastorno Adictivos

- ¿Qué aprendizajes y experiencias tempranas creen los padres que contribuyen a los problemas actuales de sus hijos?
- ¿Cómo creen los padres que el paciente llegó a desarrollar su adicción?
- ¿Recuerdas algún tipo de acontecimiento, experiencia o interacción que haya marcado sus hijos?
- Y demás que pongo abajo.

A continuación, se ejemplifica el modelo de entrevista que se plantea utilizar:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE DOCUMENTO:** \_\_\_\_ **NÚMERO DE IDENTIDAD** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA COGNITIVA INICIAL:**

- ¿Cuáles son los problemas actuales de tus hijos, cómo se desarrollaron y cómo persisten en este momento?

---

---

---

---

---

- ¿Qué pensamientos y creencias (disfuncionales) identifican ustedes como padres que se asocian con los problemas?

---

---

---

---

---

---

- ¿Qué reacciones emocionales y comportamentales observa en los padres que puedan relacionarse a estos pensamientos disfuncionales?

---

---

---

---

---

---

- ¿Qué aprendizajes y experiencias tempranas creen los padres que contribuyen a los problemas actuales de sus hijos?

---

---

---

---

---

---

---

- ¿Cómo creen los padres que el paciente llegó a desarrollar su adicción?

---

---

---

---

---

---

---

- ¿Recuerdas algún tipo de acontecimiento, experiencia o interacción que haya marcado sus hijos?

---

---

---

---

---

---

---

- ¿Cómo te describirías?

---

---

---

---

- ¿Qué mecanismos cognitivos, emocionales y conductuales, han puesto los padres en práctica para afrontar la adicción de sus hijos?

---

---

---

---

- ¿Cómo cree que será el mundo de sus hijos una vez termine el tratamiento?

---

---

---

---

- ¿Qué factores de estrés contribuyeron al problema adictivo de sus hijos, o interfirieron en la capacidad familiar para resolverlo?

---

---

- 
- 
- 1) Nota: anotar en una libreta pequeña cuando experimente cambios en mi estado de ánimo, y preguntarme: “qué está pasando por mi mente en este preciso momento? Y apuntar los pensamientos o imágenes. Recordando que estos pueden o no ser ciertos.

---

Firma del Psicólogo

El segundo momento, será en la primera sesión psicológica formal, mediante el establecimiento de un plan cognitivo inicial, que nos permita evidenciar el estado inicial de las ideas desadaptativas que pueden influir en la adicción de los hijos; a continuación, se ejemplifica el instrumento con el cual se pretende realizar dicha tarea.

## **HISTORIA CLÍNICA**

### **ÁREA PSICOLOGÍA COGNITIVA**

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Tipo y numero de documento:** \_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_\_ **De:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento: Día:** \_\_\_ **Mes:** \_\_\_ **Año:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** H \_\_\_ M \_\_\_ **Estrato Socioeconómico, corregimiento o comunidad:** \_\_\_

**Nivel Académico:** \_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** Soltero (a): \_\_\_ Casado (a): \_\_\_ Unión Libre: \_\_\_ Separado: \_\_\_ Viudo (a): \_\_\_

**Comprometido (a):** \_\_\_

**Nombre del acudiente:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:**

\_\_\_\_\_

**Dirección de residencia:** \_\_\_\_\_ **Documento:**

\_\_\_\_\_ **Numero de contacto:** \_\_\_\_\_

1. Establecimiento del plan cognitivo inicial:

<p><b>FECHA:</b></p> <p><b>LISTA DE OBJETIVOS</b></p> <p><b>1) Indagar ideas desadaptativas con base a al área de ocupación familiar</b></p>
--

2. Estado de ánimo inicial:

En la mañana: \_\_\_\_\_

En la terapia: \_\_\_\_\_

3. Estadio motivacional según teoría de la autodeterminación:

ESTADIO	MARQUE CON UNA X
Regulación externa	
Regulación introyectada	
Regulación identificada	
Regulación integrada	

4. Factores familiares desencadenantes de disonancias cognitivo – adictivas:

---

---

---

---

5. Factores familiares mantenedores del problema adictivo:

---

---

---

---

6. Antecedentes personales y familiares:

---

---

---

---

---

7. Examen mental:

---

---

---

---

8. Redes de apoyo primarias o secundarias:

---

---

---

9. Expectativas familiares frente al proceso de rehabilitación:

---

---

---

10. Estado de ánimo final: \_\_\_\_\_

**FECHA:**

**TAREA SEMANAL**

**(El psicólogo deberá hacer que el paciente la copie, para prevenir un posible olvido o excusa)**

**2) Cuando experimente cambios en mi estado de ánimo preguntarme: “qué está pasando por mi mente en este preciso momento? Y apuntar los pensamientos o imágenes. Recordar que estos pueden o no ser ciertos.**

---

**FIRMA DEL PSICÓLOGO**

El tercer (3) momento, es después de la primera sesión psicológica formal, mediante el establecimiento de un plan cognitivo de intervención, que nos permita la manipulación de las ideas desadaptativas que pueden influir en la adicción de los hijos, a continuación se ejemplifica el instrumento con el cual se pretende realizar dicha tarea.

**HISTORIA CLÍNICA**

**ÁREA DE PSICOLOGÍA**

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Tipo y número de documento:** \_\_\_ **N°:** \_\_\_\_\_ **De:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

**1. Puente de la sesión anterior:**

---



---

---

---

---

## 2. Establecimiento del plan cognitivo de intervención:

**FECHA:**

**LISTA DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

- 1) **Mostrar a los padres del paciente, el cómo el consumo de drogas ha destruido al paciente en varias de sus esferas psicosociales.**
- 2) **Mostrar a los padres del paciente, cómo el influir en la elección de marcos relacionales de sus hijos ayudan o afectan de manera negativa a estos.**
- 3) **Mostrar a los padres del paciente, cómo el influir en la elección de marcos relacionales de sus hijos, puede influir de manera directa en una recaída.**
- 4) **La conclusión por parte de los padres del paciente es que cuando el consume, el sentimiento detrás de dicho consumo es autodestructivo y por ende afecta su autoestima.**
- 5) **Brindar a los padres del paciente herramientas de afrontamiento y como una alternativa para trabajar su autoestima, la construcción paulatina de los marcos relacionales y familiares, invitándole a una próxima terapia.**

**3. Estado de ánimo inicial:**

4. En la mañana: \_\_\_\_\_

5. En la terapia: \_\_\_\_\_

**6. Revisión de tareas:**

---

---

---

---

---

**7. Abordaje del plan cognitivo**

---

---

---

---

---

**8. Conclusión:**

---

---

---

---

---

---

**FECHA:**

**TAREA SEMANAL**

- 1) **Cuando experimente cambios en mi estado de ánimo preguntarme: “qué está pasando por mi mente en este preciso momento? Y apuntar los pensamientos o imágenes. Recordar que estos pueden o no ser ciertos.**
- 2) **Realizar al culminar la terapia un informe de terapia**

---

**FIRMA DEL TERAPEUTA**

El cuarto (4) momento, es después de la ejecución del plan cognitivo de intervención, mediante la realización de un informe de terapia el cual busca medir el nivel de introspección y percepción de importancia que el paciente le dio a dicha intervención, así como una idea más clara de si los objetivos planteados para la misma fueron o no alcanzados, a continuación se ejemplifica el instrumento con el cual se pretende realizar dicha tarea.

**INFORME DE TERAPIA**

1. ¿Qué cosas de las que se trataron hoy son importantes para recordar?

---

---

---

---

2. Entre: Mucho, Más o menor y poco ¿cuánto confió hoy en su Psicólogo?

---

3. ¿Hubo algo que le molestó hoy en su individual? En caso afirmativo, ¿qué cosa fue?

---

---

---

4. ¿Qué cosas quería asegurarse de tratar en la próxima sesión?

---

---

---

El quinto momento, consiste en evaluar de manera transversal a los 4 momentos planteados anteriormente; mediante una libreta de pensamientos automáticos, si hubo un cambio drástico en alguno de estos que sugiera la modificación parcial de una creencia nuclear o subyacente.

### Anexo 4. Sustentación

#### FICHA DE SUSTENTACIÓN

Autores	<p>Nombres y apellidos estudiantes:          Juan Alberto Fonseca Arévalo          Natali Manrique Cortez          Claudia Páez Agámez          David Alberto Porras Rosero          Kelly Stephany Soto Galán</p> <p>Asesor:          Ricardo Cepero Ramos.</p>
Objetivo del proyecto	<p>Analizar la incidencia de esquemas desadaptativos familiares en los procesos de adicción a SPA en jóvenes entre los 12 y 16 años de Leticia (Amazonas).</p>
Título del material	<p>Proyecto de práctica II – Investigación aplicada          Análisis de la incidencia de ideas desadaptativas familiares, sobre los procesos de adicción a sustancias psicoactivas de jóvenes entre los 12 y 16 años en la ciudad de Leticia, Amazonas</p>
Objetivo del material	<p>Dar a conocer algunos de los aspectos realizados en la investigación</p>
Tipo de producto	<p>Video</p>
Enlace producto multimedia	<p><a href="https://youtu.be/TYzt8RuuAD0">https://youtu.be/TYzt8RuuAD0</a></p>