

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Ciencias Tecnológicas Sociales y**  
**Humanidades**  
**Escuela Profesional de Psicología**



**ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS Y CONSUMO DE RIESGO DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

Tesis presentada por los Bachilleres:

**Alfaro Martínez, Jorge Emilio**

**Peláez Vilca, Andrea Sofía**

para optar el Título Profesional de

**Licenciados en Psicología**

**Asesor:**

**Mg. Loayza Monzón, Eleana Gregoria**

**Arequipa- Perú**

**2021**

## Dictamen Aprobatorio

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**PSICOLOGIA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 02 de Diciembre del 2020

**Dictamen: 002062-C-EPSIC-2020**

Visto el borrador de tesis del expediente 002062, presentado por:

**2014100392 - PELAEZ VILCA ANDREA SOFIA**

**2014220121 - ALFARO MARTINEZ JORGE EMILIO**

Titulado:

**ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS Y CONSUMO DE RIESGO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**2505 - LOAYZA MONZON ELEANA GREGORIA  
DICTAMINADOR**

**2603 - PUMA HUACAC ROGER FREDDY  
DICTAMINADOR**



## Agradecimientos

*A nuestras familias, amigos, y a todas las personas que nos apoyaron durante todo el proceso de la elaboración de nuestra tesis, pues siempre confiaron en que alcanzaríamos este ansiado hito, el cual marca nuevos objetivos en nuestra vida profesional.*

*A la Universidad Católica de Santa María por habernos cobijado durante nuestra vida universitaria y por abrirnos las puertas para el desarrollo de nuestra investigación, a todos los docentes que apoyaron en el momento en que necesitamos de su tiempo, y a todos los estudiantes de la universidad que con su tiempo e interés aportaron a nuestra investigación a través de su participación en la misma.*



## Dedicatoria

*A Fátima, Emilio, Estéfani y Náthali, por ser mis modelos y formar en mí los fundamentos de quien soy, incentivarme siempre a continuar en la búsqueda de crecimiento, y por nunca dejar de creer en mí pese a que por momentos carecía de argumentos.*

*A Rosario, compañera de vida y fin máximo de todo esfuerzo y objetivo trazado, cuyo invaluable e incondicional apoyo me da la seguridad de que no hay meta imposible de alcanzar, alentándome cada día a dar un paso más allá de lo esperado.*

*Finalmente, a todos quienes estuvieron desde mucho antes en el camino hasta aquí y continúan, y a aquellos que por alguna razón hoy ya no están, pues indistinto a los devenires, dejaron a su paso invaluable aprendizajes en mí.*

**Jorge Alfaro**

## Dedicatoria

*A mi querida familia; Adalberto y Rebeca, quienes me demostraron que la fortaleza, los retos y el cambio, a pesar de revolvernó la vida, nos fortalecen y nos demuestran que la autenticidad y el ser fieles a uno mismo traza los mejores caminos a seguir.*

*A mis queridos Noah y Ringo, parte de mi familia y aquellos que me brindaron paz cuando ningún humano pudo.*

*A mis queridos amigos, Kathia, Ignacio, Alessandra y Cristina, quienes me han mostrado que la amistad es más de lo que uno espera, que, a pesar de los años, de la vida, siempre estaremos los unos para los otros.*

*A mi queridos Papi Beto y Mami Martha, quienes son mi ejemplo de amor. A mis hermanos, Jime, Nati, Tato y Fabi, a quienes agradezco mucho sus consejos y cariño.*

*A la Dra. Milagros, quien fue parte vital de mi desarrollo profesional y personal.*

*Y, por último, a mí, ya que entendí que la vida es un proceso constante con múltiples cambios y con grandes obstáculos, pero a pesar de eso, las grandes satisfacciones son las que más te cuestan y por las que más luchas.*

***Andrea Peláez***

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Pre – grado de la Universidad Católica de Santa María en el año 2019. La muestra estuvo compuesta por 442 estudiantes de las distintas facultades de estudio, cuyas edades oscilaban entre los 17 y 25 años, y de los cuales el 58.1% eran del género femenino y 41.9% del género masculino. Los instrumentos utilizados fueron una Ficha Sociodemográfica, el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-S3), y la Prueba de Detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1). De los resultados obtenidos, se evidenciaron cuarenta relaciones estadísticamente significativas entre algunos esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de las sustancias psicoactivas consideradas, de los cuales resaltan que los esquemas con mayor cantidad de relaciones fueron fracaso y subyugación, mientras que las sustancias con mayor cantidad de relaciones fueron el consumo de riesgo de alcohol y estimulantes de tipo anfetamina. Así también, se evidenciaron otras relaciones estadísticamente significativas entre los factores de las variables de estudio y algunas de las variables sociodemográficas contempladas.

**Palabras clave:** Esquemas Precoces Desadaptativos, Sustancias Psicoactivas, Consumo de Riesgo, Drogas, Universitarios.

## Abstract

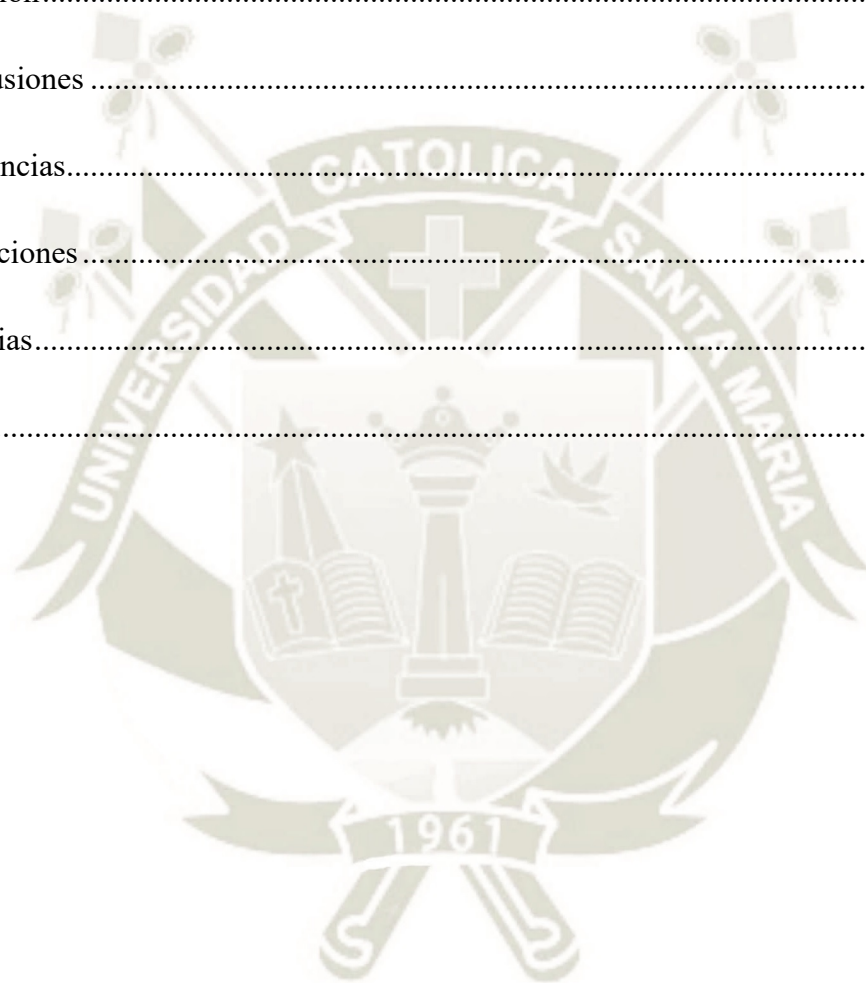
The present research aims to determine the relationship between early maladaptive schemes and the risky consumption of psychoactive substances in Pre - grade students of the “Universidad Católica de Santa María” in the year 2019. The sample was composed of 442 students from the various faculties of study, whose ages ranged from 17 to 25 years, and of which 58.1% were of the female gender and 41.9% of the male gender. The instruments used were a Sociodemographic Card, the Young's Scheme Questionnaire (YSQ-S3), and The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST v3.1). From the results obtained, forty statistically significant relationships were evidenced between some early maladaptive schemes and the risk consumption of the psychoactive substances considered, of which they highlight that the schemes with the highest number of relationships were failure and subjugation, while the substances with the highest number of relationships were risky use of alcohol and amphetamine-type stimulants. Also, other statistically significant relationships were evidenced between the factors of the study variables and some of the sociodemographic variables contemplated.

**Key words:** Early Maladaptive Schemes, Psychoactive Substances, Risky Consumption, Drugs, University Students.

## Índice

Dictamen Aprobatorio .....	i
Agradecimientos .....	ii
Dedicatoria .....	iii
Dedicatoria .....	iv
Resumen .....	v
Abstract .....	vi
Capítulo I .....	1
Marco Teórico .....	1
Introducción .....	1
Problema o Interrogante .....	4
Variables .....	4
Objetivos .....	6
Antecedentes teórico-investigativos .....	7
Hipótesis .....	65
Capítulo II .....	66
Diseño Metodológico .....	66
Tipo o Diseño Metodológico .....	66
Técnicas e Instrumentos .....	66
Población .....	74
Muestra .....	74

Estrategia de Recolección de Datos .....	76
Criterios de Procesamiento de la Información .....	77
Capítulo III.....	79
Resultados .....	79
Discusión.....	131
Conclusiones .....	152
Sugerencias.....	156
Limitaciones.....	157
Referencias.....	158
Anexos .....	167



## Índice de Tablas

Tabla 1 Confiabilidad del Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3).....	69
Tabla 2 Puntos de corte correspondientes a los Esquemas Precoces Desadaptativos .....	70
Tabla 3 Confiabilidad de la Prueba de Detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1).....	73
Tabla 4 Distribución de la muestra según Datos Sociodemográficos.....	75
Tabla 5 Distribución de la muestra según los Esquemas Precoces Desadaptativos .....	79
Tabla 6 Distribución de la muestra según la presencia y multipresencia de los Esquemas Precoces Desadaptativos.....	80
Tabla 7 Distribución de la muestra según el Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas	81
Tabla 8 Distribución de la muestra según el consumo y policonsumo de Sustancias Psicoactivas.....	82
Tabla 9 Relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y el Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas.....	83
Tabla 10 Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos según Género .....	86
Tabla 11 Relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y Género .....	89
Tabla 12 Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos según Edad.....	91
Tabla 13 Relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y Edad .....	94
Tabla 14 Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos de la muestra según Facultades (1era. Parte).....	96
Tabla 15 Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos de la muestra según Facultades (2da. Parte).....	97
Tabla 16 Relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y Facultades.....	103
Tabla 17 Distribución de las Sustancias Psicoactivas según Género .....	104

Tabla 18 Distribución de Consumo y Policonsumo de Sustancias Psicoactivas según Género .....	109
Tabla 19 Relación entre Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas y Género.....	110
Tabla 20 Distribución de las Sustancias Psicoactivas según Edad .....	112
Tabla 21 Distribución de consumo y policonsumo de Sustancias Psicoactivas según Edad.	118
Tabla 22 Relación entre Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas y Edad .....	119
Tabla 23 Distribución del Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas de la muestra según Facultades (1era. Parte).....	121
Tabla 24 Distribución del Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas de la muestra según Facultades (2da. Parte).....	122
Tabla 25 Distribución de consumo y policonsumo de Sustancias Psicoactivas según Facultades .....	128
Tabla 26 Relación entre las Sustancias Psicoactivas y Facultades .....	130

## Índice de Figuras

Figura 1 Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos según Género.....	88
Figura 2 Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos según Edad .....	93
Figura 3 Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Bajo según Género.....	106
Figura 4 Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Moderado según Género .....	107
Figura 5 Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Alto según Género.....	108
Figura 6 Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Bajo según Edad .....	115
Figura 7 Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Moderado según Edad.....	116
Figura 8 Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Alto según Edad .....	117

## Índice de Anexos

Anexo 1: Permiso de la Autora de la Adaptación peruana del YSQ – S3 .....	167
Anexo 2: Cuadro de determinación de población.....	168
Anexo 3: Consentimiento Informado.....	169
Anexo 4: Ficha Sociodemográfica.....	171
Anexo 5: Cuestionario de Esquemas (YSQ-S3) .....	172
Anexo 6: Baremo de Esquemas Precoces Desadaptativos elaborado a partir de la muestra evaluada. ....	176
Anexo 7: Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST v3.1) .....	177
Anexo 8: Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Tabaco) .....	181
Anexo 9: Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Alcohol) .....	182
Anexo 10: Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Cannabis) .....	183
Anexo 11: Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Cocaína) .....	184
Anexo 12: Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Estimulantes).....	185
Anexo 13: Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Inhalantes).....	186
Anexo 14: Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Sedantes).....	187

Anexo 15: Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Alucinógenos)..... 188

Anexo 16: Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Opiáceos) ..... 189



## Capítulo I

### Marco Teórico

#### Introducción

Las sustancias psicoactivas en el Perú son un problema social que alcanza todos los géneros y edades sin importar estrato social, educación o grupo sociocultural. Según el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO, 2018), las sustancias más consumidas en el Perú son el alcohol, el tabaco, la marihuana y la cocaína, donde el inicio de consumo en promedio suele darse a los 18 años de edad siendo ligeramente más temprano en los varones que en las damas, y donde son éstos también, los que poseen mayor prevalencia de desarrollo de problemas asociados al consumo.

Siendo esto un problema social de tal magnitud y amplitud, no resulta raro cuestionarse, cuál es realmente el patrón o la característica común que determina el inicio del consumo en una población con tal diversidad de características como la del Perú.

Las investigaciones llevadas por CEDRO (2018), indican que el inicio del consumo suele darse mayormente debido a la presión de los grupos sociales al que las personas pertenecen, los cuales pueden estar compuestos por amigos, familiares, compañeros de estudios, etc.; y también por la propia orientación de los jóvenes hacia la búsqueda de experiencias, afrontando la curiosidad de los efectos del consumo, con el inicio del mismo.

El alcoholismo, el abuso de sustancias y la delincuencia, forman parte de las características parentales y familiares de los trastornos de conducta (Amaro, 2007), donde podemos entender a estos trastornos, como un patrón de comportamiento que resulta ser constante, y donde se suelen transgredir los derechos de los demás y las normas propias de cada edad, bajo estas definiciones y características, entonces podemos inferir que el consumo

de sustancias forma parte de la gran variedad de conductas desadaptativas que existen, donde la gran diversidad de investigaciones, motivadas por los costes humanos, económicos y sociales que la problemática social presentan, han encontrado la estrecha relación entre el consumo de psicoactivos y delincuencia, donde en muchos de los casos, es el consumo, un factor motivante potente para la realización de actos delictivos (Gómez, 2015).

Sin embargo, no todas las personas que consumen una sustancia psicoactiva por primera vez, desarrollan luego dependencia a la misma o problemas relacionados, y es ahí donde empieza a formarse una de las grandes motivaciones de la presente investigación, que pretende intentar entender cuál podría ser el detonante en estas situaciones que empuja a alguna persona al consumo regular de psicoactivos y a otros al rechazo.

El camino para intentar entender lo antes mencionado, nos lleva hasta la composición psicológica propia del ser humano, donde indudablemente encontramos la presencia de tres niveles que rigen su ser y naturaleza psicológica, los cuales son descritas bajo los nombres de cogniciones, conductas, y afectos; donde el conocimiento empírico y la literatura, nos ha permitido evidenciar la clara relación que existe entre las tres, donde muchas veces, unas actúan como fundamento y base para las otras; y es ahí donde podemos apoyarnos para intentar explicar lo mencionado en líneas atrás, pues podemos inferir que la conducta responde muchas veces a las cogniciones y las valoraciones que estas enmarcan.

Si nos detenemos a observar la génesis de los pensamientos respecto a las situaciones que surgen día a día, a nivel cognitivo, se puede notar que la mayoría de estos están basados en vivencias pasadas, que, por su similitud o relación de condiciones, intentar funcionar como predictores de la nueva situación que se está afrontando, donde este enlace de conocimientos se puede tomar como parte fundamental de lo que más adelante desarrollaremos como esquema cognitivo. Young, Klosko, & Weishaar (2013), en sus investigaciones acerca de los

esquemas cognitivos, reconocieron la presencia de esquemas cognitivos que funcionaban como predictores de lo que en la adultez se conoce como conducta desadaptativa, enmarcando luego dichos esquemas dentro de su modelo de esquemas precoces desadaptativos, los cuales se formaban a partir de las vivencias de los primeros años de la vida de cada individuo, pero que funcionan muchas veces a lo largo de toda esta.

Es por tanto, que al considerarse el consumo de sustancias como una conducta desadaptativa, y basados en la relación que tienen los esquemas precoces desadaptativos del modelo de Young con la conducta desadaptativa en la adultez, resulta inevitable cuestionarnos si existe relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y el Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas.

La respuesta de dicho cuestionamiento, nos permitirá reconocer, que otros aspectos están relacionados con el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, y su posterior consumo de riesgo, sentando bases científicas para el desarrollo de nuevas investigaciones direccionadas a determinar métodos más eficientes y eficaces, como alternativas para la prevención e intervención del consumo de sustancias psicoactivas, promoviendo así, una estrategia para combatir la problemática actual que aqueja nuestra sociedad, logrando en consecuencia, una posible mejora en otros ámbitos y aspectos relacionados que los antecedentes investigativos evidencian, tales como la deserción estudiantil, el bajo rendimiento, el vandalismo, la delincuencia, entre otros.

## Problema o Interrogante

¿Existe relación entre los esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Pre – grado de la Universidad Católica de Santa María en el año 2019?

## Variables

### Variable 1. Esquemas Precoces Desadaptativos

Patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo del desarrollo humano y se van repitiendo a lo largo de la vida (Young et al., 2013).

Donde dichos esquemas, se agrupan en cinco dimensiones las cuales son: la Dimensión de Desconexión y rechazo, compuesta por los esquemas de Abandono / inestabilidad, Desconfianza / abuso, Privación emocional, Imperfección / vergüenza, y Aislamiento social / alienación; la Dimensión de Deterioro en autonomía y ejecución, compuesta por los esquemas de Dependencia / incompetencia, Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, Apego confuso / yo inmaduro, y Fracaso; la Dimensión Límites deficitarios, compuesta por los esquemas de Grandiosidad / Autorización, e Insuficiente autocontrol; la Dimensión de Dirigidos por las necesidades de los demás, compuestos por los esquemas de Subyugación, Auto-sacrificio, y Búsqueda de Aprobación / búsqueda de reconocimiento; y la Dimensión de Sobrevigilancia e inhibición, compuesta por los esquemas de Negatividad / pesimismo, Inhibición emocional, Metas inalcanzables / hipercriticismo, y Castigo (Young et al., 2013)

**Variable 2.** Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas

Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Consecuencias que pueden ser de tipo físico, mental y social (OMS, 2008)

Donde el consumo de sustancias se puede agrupar como consumo de Riesgo Bajo, de Riesgo Moderado, y de Riesgo Alto.



## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

Determinar la relación entre los esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Pre – grado de la Universidad Católica de Santa María en el año 2019.

### ***Objetivos Específicos***

Identificar los esquemas precoces desadaptativos predominantes en los estudiantes.

Identificar las sustancias psicoactivas que tienen mayor consumo de riesgo en los estudiantes.

Conocer la prevalencia de la presencia y multipresencia de los esquemas precoces desadaptativos en los estudiantes.

Conocer la prevalencia de los esquemas precoces desadaptativos según las variables sociodemográficas género, edad y facultad de estudio de los estudiantes, y su relación con las mismas.

Conocer la prevalencia del consumo y policonsumo de las sustancias psicoactivas en los estudiantes.

Conocer la prevalencia del consumo de riesgo de sustancias psicoactivas según las variables sociodemográficas género, edad y facultad de estudio de los estudiantes, y su relación con las mismas.

## **Antecedentes teórico-investigativos**

### ***Los esquemas cognitivos***

Los esquemas cognitivos han sido ampliamente estudiados en la psicología, sin embargo, una de las primeras apariciones del concepto de esquemas se le atribuye a Jean Piaget y su teoría del desarrollo cognitivo.

Piaget creía que todas las personas, incluidos los niños, comienzan a organizar toda la información que reciben y tienen sobre el mundo en esquemas, los cuales definió como conjuntos de acciones físicas, operaciones mentales, conceptos o teorías, y que posteriormente se organizan en estructuras cognitivas y estadios evolutivos cuyas funciones invariantes están compuestas por la organización de esquemas y la datación de los mismos a través de su asimilación o acomodación según cada ambiente o situación compleja que se enfrente cada individuo hasta lograr un equilibrio (Linares, 2007).

De esta manera, la idea de esquema de Piaget es muy similar a las ideas empíricas de concepto, con la diferencia de que Piaget hizo mayor referencia a las estructuras cognitivas y las operaciones mentales que son parte fundamental del aprendizaje, y no tanto en las clasificaciones perceptivas (Triglia, 2018).

Por otro lado, Aaron Beck en su teoría, describió que los esquemas cognitivos tenían como función controlar los sistemas de procesamiento de información, donde los esquemas cognitivos eran considerados más bien, como representaciones internas almacenadas, de una gran diversidad de estímulos, ideas, vivencias o experiencias (Beck & Haigh, 2014).

Por lo tanto, para Beck, el orden de las experiencias de la vida promueve que los individuos necesiten priorizar lo que es importante, interpretarlo correctamente y responder adecuadamente a ello, donde la función principal de los esquemas radica en procesar los

estímulos de las situaciones cotidianas, para alcanzarlos, darles significado y, según su contenido, activar otros sistemas correspondientes, ya sean motivacionales, emocionales o fisiológicos (Beck & Haigh, 2014).

Así también, Beck, afirmaba la existencia de esquemas que eran sesgados de forma negativa, y que podían ser considerados como causales de la generación y desarrollo de algunos trastornos mentales tales como la ansiedad y la depresión, donde estos implicaban la interacción de diversos factores como eran los genéticos, la selectiva focalización de recursos atencionales, y el almacenamiento en la memoria asociado a experiencias vitales adversas (Beck & Haigh, 2014).

Siendo así, los esquemas son reglas específicas que gobiernan el camino hacia procesar información del entorno y comportamiento hacia cada uno de nosotros, los cuales pueden diferenciarse en todos los aspectos de la vida diaria; dando como resultado esquemas de orientación personal, familiar, cultural, religiosa, sexual u ocupacional (Beck, A. T. Freeman A. & Davis, 2015).

Para Young et al. (2013) la definición de un esquema en el contexto de la psicología y la psicoterapia debía basarse en pensar en tal, como un principio organizador global cuya utilidad es dar sentido a la propia experiencia de vida; donde la mayoría de los esquemas eran configurados durante la infancia pero que posteriormente se imponían en experiencias vitales de la vida adulta, a pesar de que muchas veces estos ya no son aplicables, por lo que teniendo en cuenta la tendencia natural del ser humano a la necesidad de coherencia cognitiva podía devenir en una expresión adaptativo o desadaptativa.

### *Los Esquemas Precoces Desadaptativos*

Teniendo en cuenta las definiciones y exploraciones previamente mencionadas acerca de los esquemas cognitivos y su formación en el desarrollo humano, debemos avocarnos ahora a entender que son los esquemas precoces desadaptativos. Como muchas de las cosas que objetivamente podemos decir que existen gracias a sus efectos en otros aspectos relacionados, es la conducta lo que nos permite dar cuenta que estamos frente a la presencia de un esquema cognitivo, donde la conducta disfuncional resulta como argumento para inferir la posible presencia de un esquema precoz desadaptativo.

Es entonces que podemos definir los esquemas precoces desadaptativos como un conjunto de patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se originan al comienzo de nuestro desarrollo, y se van repitiendo a lo largo de la vida, donde las conductas de un individuo no son exactamente parte del esquema mismo, sino más bien una manifestación y expresión del esquema (Young et al., 2013).

Ahora bien, aunque muchas veces los esquemas cognitivos se forman producto de un trauma o maltrato infantil, no son la única manera en que estos se generan, por lo que una forma más adecuada de describir la génesis de dichos esquemas, es explicar su aparición a partir de la vivencia de experiencias nocivas de forma repetida durante la infancia y la adolescencia, donde la aparición de los esquemas es el resultado de la acumulación de dichas experiencias (Young et al., 2013).

Young et al. (2013), plantea que el ser humano que no haya desarrollado adecuadas habilidades para la resolución de problemas durante la infancia es propenso a desarrollar o adquirir cualquier trastorno de personalidad en una etapa ya adulta, ya que sus esquemas que aparentemente le permitirían una adecuada o funcional conducta ante un problema, se manifestarían de manera negativa.

Así mismo la teoría de Young sobre los EPD se refiere a comportamientos desarrollados en la infancia utilizados en el transcurso de la vida y que son disfuncionales para convertirse en marcos de referencia para afrontar y procesar una experiencia a futuro (Young et al., 2013).

### ***Origen***

A diferencia de los supuestos subyacentes planteados por Beck o de las ideas propuestas por Ellis; los EPD son consecuencia de experiencias disfuncionales y cotidianas con los padres y el núcleo familiar durante los primeros años de vida, las cuales interfieren en la satisfacción de las cinco necesidades básicas propuestas por Young et al. (2013): “vínculos seguros con lo demás, autonomía, competencia y sentido de identidad, libertad para expresar emociones válidas, espontaneidad y juego, y límites realistas y autocontrol” (p. 40), donde en caso de un déficit grave o exceso de las mismas, podría devenir en la formación de los Esquemas Precoces Desadaptativos.

Siendo así, Young et al. (2013) reconoció cuatro tipos de experiencias vitales que ocurridas en la edad temprana de un individuo promueven la generación y adquisición de Esquemas Precoces Desadaptativos. La primera de estas experiencias vitales está relacionada con la frustración tóxica de necesidades que puede darse cuando un individuo siendo aún niño carece de características tales como amor, comprensión o estabilidad dando paso a la generación de algunos esquemas como Abandono / inestabilidad y Privación emocional, los cuales serán descritos más a detalle en el siguiente apartado. Por otro lado, la victimización o traumatización de un niño es el segundo tipo de experiencia vital precoz que está relacionada al desarrollo de Esquemas Precoces Desadaptativos como Desconfianza / abuso, Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, e Imperfección / vergüenza. Así también, el exceso sin moderación de algunos aspectos que podrían ser considerados como saludables

tales como mimos, consentimientos, sobreprotección o, por otro lado, excesiva libertad o autonomía, son el tercer tipo de experiencia vitales precoces relacionados a la adquisición de Esquemas Precoces Desadaptativos como Grandiosidad / autorización o Dependencia / incompetencia. Mientras que, por último, el cuarto tipo de experiencia vital precoz que fomenta la adquisición de Esquemas Precoces Desadaptativos está relacionado con la identificación con otras personas significativas para el niño o la selectiva internalización de experiencias pensamientos, sentimientos, y conductas de los padres.

Por otro lado, para Young et al. (2013) otro factor que juega un rol importante y que tiene una influencia significativa en la generación y adquisición de esquemas es el temperamento emocional de cada niño, dado que este interactúa con experiencias dolorosas durante la infancia exponiendo así selectivamente a los niños a distintas circunstancias vitales deviniendo en estilos de afrontamiento únicos pese a estar expuesto en contextos prácticamente iguales con sus pares.

### ***Dimensiones y Esquemas Precoces Desadaptativos.***

Young et al. (2013), en su modelo de los esquemas cognitivos, el cual en la presente investigación se usa como fundamento, agrupa y categoriza los Esquemas Precoces Desadaptativos, en dimensiones que van en función a la necesidad emocional insatisfecha relacionada a la génesis de cada uno de los 18 esquemas descritos en su modelo.

**Dimensión I: Desconexión y rechazo.** Como antes habíamos mencionado, la generación de los esquemas desadaptativos precoces, están ligados de gran manera a los eventos vividos durante la primera infancia que luego se convierten en patrones de comportamiento que resultan ser perjudiciales para el que los posee. De esa forma, las personas que presentan esquemas de esta dimensión suelen caracterizarse como personas que se apresuran a relaciones interpersonales auto –destructivas, o que de lo contrario, prefieren

evitar toda proximidad en dichas relaciones, quienes además, presentan muy fuertes creencias de que serán insatisfechos varios aspectos tales como la necesidad de seguridad, protección, estabilidad, empatía, compartir sentimientos, aceptación y respeto; respecto a las familias de las que suelen proceder las personas que presentan esquemas de esta dimensión, la mayoría de ellas, suelen ser reservadas, frías, con fuerte tendencia al rechazo, o al aislamiento, donde los miembros o alguno de ellos tienen conductas explosivas, imprevisibles y abusivas (Young et al., 2013).

Dentro de esta dimensión encontramos cinco esquemas precoces desadaptativos que desarrollamos a continuación.

***Abandono / inestabilidad.*** Este primer esquemas además de contener las características propias de la dimensión a la que corresponde, se caracteriza también por la percepción de inestabilidad respecto a las relaciones con otras personas significativas, donde las personas que poseen predominio en este esquema, tienen la constante sensación de que serán abandonados por las personas que son significativas para ellos por irse con alguien mejor, o que dichas personas están presentes en sus vidas solo de forma errática, o que incluso estas podrían morir dejándolos solos; es así que las personas que presentan predominio en este esquema poseen una fuerte perturbación por la sensación de que dichas personas significativas, no serán capaces de seguir brindándoles apoyo emocional, conexión, o protección práctica (Young et al., 2013).

***Desconfianza / abuso.*** Este esquema se caracteriza por una constante percepción de desconfianza, donde las personas tienen que poseen predominio en él, tienen la fuerte convicción de que todas las personas del entorno cercano o cualquiera con quien tenga relación, si se encuentran en la posibilidad de hacerlo, los usaran para satisfacer y alcanzar sus propios fines de forma egoísta, por lo que no es raro que las personas que presenten dicho

esquema, posean un constante miedo a ser maltratados, heridos, humillados, engañados o manipulados por los demás, donde la interpretación de dichos daños, son completamente intencionados, o son resultado de una negligencia injustificada o extrema; además, los poseedores de dicho esquema, pueden presentar también cogniciones de que siempre acaban siendo engañados o reciben la peor parte de todas las situaciones (Young et al., 2013).

***Privación emocional.*** El esquema de privación emocional se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, tienen la fuerte convicción de que el deseo de conexión emocional no será satisfecho o retribuido por las personas del entorno cercano, ahora bien este esquema se presenta de tres formas distintas, la primera de ellas corresponde a la privación de cuidados, la cual se caracteriza por la fuerte convicción de ausencia de afecto o atención por parte de su entorno; la segunda de las formas es la privación de empatía, la cual se caracteriza por la fuerte convicción de ausencia de escucha o comprensión por parte de su entorno; y por último la tercera forma, la privación de protección, la cual se caracteriza por la ausencia de determinación o pautas por parte de los demás (Young et al., 2013).

***Imperfección / vergüenza.*** El esquema de imperfección vergüenza se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, tienen la fuerte convicción de ser imperfectos, malos, inferiores en comparación de los demás, o bien poseen el sentimiento de no merecer lo que obtienen, y que por ende si ellos se exponen o se muestran frente a los demás, serán rechazados o no queridos por su entorno, ahora bien la índole de los defectos que consideran tener las personas que poseen este esquema, pueden ser de tipo privada, es decir defectos tales como el egoísmo, la impulsividad, la agresividad, deseos sexuales autodenominados inaceptables, etc., o bien pueden ser de tipo públicos, tales como percepción de tener un aspecto físico poco atractivo o desagradable, incomodidad social, etc., por ende este esquema se puede expresar en la forma de hipersensibilidad a la crítica,

culpabilizarían y autocrítica destructiva, comparaciones y sentimientos de inseguridad frente a los demás, etc. (Young et al., 2013).

***Aislamiento social / alienación.*** Este se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, tiene la fuerte convicción y sensación de ser distinto a los demás, de forma en que consideran que no encajan en el mundo social externo o incluso en su propia familia, lo cual hace muy difícil que desarrollen el sentimiento de pertenencia a cualquier grupo o comunidad, por ende, las personas que presentan dicho esquema, tienen una muy fuerte tendencia al aislamiento (Young et al., 2013).

**Dimensión II: Deterioro en autonomía y ejecución.** La segunda dimensión de los esquemas cognitivos corresponde a una capacidad primordial en el ser humano. Estamos hablando de la autonomía, la cual se define como la capacidad de separarse del grupo de apoyo primario, que puede ser la familia, y actuar de forma independiente, como sería esperado para las personas del mismo rango de edad; es por ello que esta dimensión se caracteriza por la presencia de expectativas desajustadas de sí mismos y sobre el mundo, las cuales impiden con la propia capacidad de la persona para diferenciarse de las figuras parentales y desarrollarse así de forma independiente. Respecto a la etiología de esta dimensión de esquemas, se observa que la familia de la cual proceden las personas que poseen esquemas de dicha dimensión, suelen caracterizarse por la sobreprotección, o por lo contrario, por un completo desinterés y ausencia total de protección, provocando una fuerte afectación de la autoconfianza, y generando en consecuencia incapacidad de establecer objetivos personales y dominar destrezas adquiridas (Young et al., 2013).

Esta dimensión, contiene en si misma cuatro esquemas, que se describirán a continuación.

***Dependencia / incompetencia.*** El esquema de dependencia/incompetencia se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, tienen la fuerte convicción de ser incapaces de afrontar y manejar sus responsabilidades cotidianas, por lo que recurren a ayuda para el desarrollo de las mismas. Esta incapacidad se hace evidente por ejemplo para gestionar su propio dinero, resolver problemas prácticos, establecer juicios y opiniones acerca de temas y situaciones que pudieran surgir, y fuerte dificultad para tomar decisiones que consideren como buenas, observándose así una percepción general del sujeto como pasivo e indefenso (Young et al., 2013).

***Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad.*** El esquema de vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, tienen un miedo exagerado, y muchas veces infundado o con fundamentos pobres, a que se produzcan catástrofes de forma inesperada y que frente a ellas sean incapaces de reaccionar o sobrellevarlas, de forma que dichos temores se centran en tres subcategorías, las catástrofes medicas tales como enfermedades, ataques al corazón, etc.; catástrofes emocionales tales como volverse loco, perder el control, deprimirse, o estallar de ira, etc.; y catástrofes externas, tales como crímenes, accidentes, catástrofes naturales, etc. (Young et al., 2013).

***Apego confuso / yo inmaduro.*** El esquema de apego confuso / yo inmaduro se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, presentan sobre-implicación con una o más personas significativas para la misma del grupo primario de apoyo, como lo son los padres, hermanos, amigos cercanos, pareja, etc., evitando de esa forma su individualización del grupo, desarrollo de autonomía e independencia, o desarrollo social, donde además, existe la fuerte convicción de que uno de los sujetos sobre implicados del grupo primario de apoyo, no es capaz de funcionar, sobrevivir o ser feliz, sin la presencia

y apoyo constante del otro, lo cual se degenera en fuertes sentimientos de asfixia o fusión con los demás, ideas de carencia de identidad clara y definida, sentimientos de vacío, frustración y fracaso por no tener sentido propio, e incluso ideas de cuestionamiento de la propia existencia (Young et al., 2013).

**Fracaso.** El esquema de fracaso se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, tienen la fuerte convicción de que fallarán y fracasarán inevitablemente, en todo aquello que se propongan hacer, y que sea significativo para ellos, lo cual trasciende a las dimensiones, personales, académicas, profesionales, laborales, etc., y que en comparación a los demás, piensan que no poseen lo necesario para alcanzar lo deseado, lo que se desvirtúa en fuertes ideas de ser faltos de inteligencia, de talento, incapaces de alcanzar el éxito, tendiendo al asilamiento debido a que consideran que en las actividades grupales, su sola presencia, provocaría el fracaso del grupo mismo (Young et al., 2013).

**Dimensión III: Límites deficitarias.** La tercera dimensión de los esquemas cognitivos corresponde al desarrollo de los propios límites que cada persona posee respecto a la influencia e interacción con los demás y el manejo de sí mismo, por lo que esta dimensión se caracteriza, justamente por el pobre desarrollo de límites internos que no permiten la adecuada relación de reciprocidad con los demás o la autodisciplina en la autogestión de la propia conducta y orientación de sí mismos, lo cual se evidencia en la presencia de marcadas dificultades para respetar derechos ajenos, cooperar con los demás, cumplir con los compromisos aceptados con los demás o los autoimpuestos, o comprometerse y trabajar a objetivos a largo plazo, donde las personas que poseen predominio en los esquemas de esta dimensión, suelen ser vistas como egoístas y egocéntricas, narcisista y poco responsables. Por otro lado, las familias de procedencia de las personas que poseen predominio en los esquemas

de esta dimensión, mayormente suelen ser excesivamente permisivas o indulgentes, que durante los primeros años de vida de las personas, no exigieron respetar normas como a los demás, o no promovieron el desarrollo del autocontrol mediante tareas de autogestión, por lo que de adultos, tienen una fuerte carencia de control de impulsos e incapacidad para la postergación del beneficio inmediato en pos de alcanzar beneficios futuros (Young et al., 2013).

**Grandiosidad / autorización.** El esquema de grandiosidad / autorización se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, poseen la fuerte convicción de que son superiores a los demás, y que por ende, les corresponden derechos y privilegios especiales en comparación a los que les rodean, pero además, se consideran más capaces de realizar ciertas tareas en comparación de los demás; por otro lado las personas que poseen predominio en esta esquema, poseen ideas fuertes de la no necesidad de la reciprocidad fundamental de la interacción social, por lo que insisten en primar hacer lo que desean hacer, sin reparar en las posibles consecuencias que ello podría generar a los demás, debido a que prestan excesiva atención en su propia convicción de superioridad y todo aquello que pueda reforzarla, como rodearse de gente famosa, exitosa o adinerada; de forma que las personas que poseen predominio en este esquema suelen ser exageradamente demandante, dominantes, competitivos, controladores y carentes de empatía (Young et al., 2013).

**Insuficiente autocontrol.** El esquema de insuficiente autocontrol se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, son incapaces de auto gestionar, o lo rechazan voluntariamente, el suficiente autocontrol y ser tolerantes a la frustración en pos de lograr los propios objetivos autoimpuestos, por lo que estas personas, poseen pobres habilidades de regulación y expresión de sus emociones e impulsos, donde además presentan

un fuerte focalización en la evitación de todo aquello que pudiera causarles incomodidad, tales como conflictos, dolor, confrontaciones, compromisos y responsabilidades (Young et al., 2013).

**Dimensión IV: Dirigidos por las necesidades de los demás.** La cuarta dimensión de los esquemas cognitivos se caracteriza por que las personas que poseen predominio en los esquemas de esta dimensión, dan un exagerado énfasis a la satisfacción de necesidades ajenas, en comparación a la satisfacción de las propias; cuya finalidad es ganar la aprobación de los demás, mantener compromisos de conexión emocional mediante la culpa o generación de sentimientos de gratitud, o bien para evitar represalias y consecuencias por sus demás acciones, por lo que es usual que estas personas en sus interacciones con los demás, tiendan a centrarse por sobre todo en las respuestas y necesidades de los demás, dejando de lado muchas veces las propias, promoviéndose así que muchas veces no posean conciencia siquiera de sus propias necesidades, preferencias y emociones. Las familias de procedencia de las personas que presentan predominio en los esquemas de esta dimensión, se caracterizan por dar demasiado énfasis en la aceptación condicional, es decir renuncias aspectos importantes de uno mismo para obtener el favor, amor y aprobación de los demás; además, es probable que estas personas cuando niños no poseían la suficiente libertad de seguir sus propias inclinaciones naturales, optando por reprimirlas y olvidarlas finalmente, dando lugar que siendo adultos, son inconscientemente guiados por los deseos de los demás, y no internamente como debería ser responsabilidades (Young et al., 2013).

**Subyugación.** El esquema de subyugación se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, se sienten obligados a rendirse excesivamente al control de los demás, a fin de evitar la ira, las represalias, o el posible abandono de su grupo primario de apoyo. Las dos subcategorías de subyugación que describe Young son la subyugación de

necesidades, que hace referencia a la supresión de los propios deseos y preferencias; y la subyugación emocional, que hace referencia a la supresión de las propias respuestas emocionales, como la ira; todo esto debido a que este esquema conlleva una fuerte convicción de la no importancia para los demás, la propia percepción de sentimientos, deseos u opiniones, por lo que normalmente las personas que poseen este esquema de forma predominante, poseen un excesivo cumplimiento de los requerimientos de los demás, junto con hipersensibilidad y sentimientos de asfixia, siendo de esta forma usual que sientan ira reprimida que se desvirtúa luego en conductas desadaptativas, como estallidos de ira, conducta pasivo agresiva, abuso de sustancias, etc. responsabilidades (Young et al. 2013).

**Auto-sacrificio.** El esquema de auto-sacrificio se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema, tienden a satisfacer voluntariamente las necesidades de todo los demás, predominantemente el grupo primario de apoyo, dejando de lado la satisfacción de las propias, motivados por evitar el dolor en los demás, la culpabilidad, como medio de refuerzo de la propia autoestima, o preserva los vínculos emocionales con las personas que consideran necesitadas de ellos, pues las personas que poseen predominio en este esquema, tienen un excesiva sensibilidad frente al sufrimiento ajeno, generándose muchas veces un fuerte resentimiento hacia las personas a quienes se brinda el apoyo, porque los culpan de no poder satisfacer las necesidades propias gracias a ellos responsabilidades (Young et al., 2013).

**Búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento.** El esquema de búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema poseen una mayor valoración por alcanzar la aprobación y reconocimiento de los demás, enés de desarrollar un autoconcepto seguro y auténtico, por lo que su autoestima depende predominantemente de las reacciones y manifestaciones de los

demás, antes que de las propias. Las personas que poseen predominio en el presente esquema suelen presentar también una exagerada preocupación por el estatus social, la apariencia que proyectan a su entono, el dinero que aparentan tener o la visión de éxito que dan a los demás, pues usan todo esto, como un medio para lograr la aprobación y reconocimiento de su entorno social, por lo que no es extraño, que se ven involucrados regularmente en las consecuencias insatisfactorias por la toma de decisiones vitales, que no correspondían a sus preferencias propias responsabilidades (Young et al., 2013).

**Dimensión V: Sobrevigilancia e inhibición.** La quinta dimensión de los esquemas cognitivos corresponde a la autorregulación de los propios sentimiento e impulsos, donde las personas que poseen predominio en los esquemas de esta dimensión tienden a la supresión de sus sentimientos e impulsos espontáneos, además, suelen hacer esfuerzos notables por satisfacer todas las reglas y límites internos que poseen, descuidando la propia felicidad, autoexpresión, relaciones cercanas auténticas, y hasta la salud propia. Las familias de procedencia de las personas que poseen predominio en los esquemas de esta dimensión, no promovían el juego, ocio, o la proyección hacia el alcance de la propia felicidad, sino más bien, promovían la hipervigilancia y focalización en los aspectos negativos de la vida, creando en ellos la idea de que la vida es más bien desoladora y carente de esperanza, por lo que cuando adultos, estas personas tienen fuertes ideas negativas, catastróficas, pesimistas, repletas de perturbaciones, y una temor recurrente y reforzado de que sus vidas puedan destruirse inesperada e inminentemente, si no poseen un excesiva alerta para que ello no suceda (Young et al., 2013).

**Negatividad / pesimismo.** El esquema de negatividad / pesimismo se caracteriza porque las personas que poseen predominio en este esquema, centran su atención generalizada y constante en los aspectos negativos de la vida, por ejemplo, dolor, muerte,

pérdida, decepción, conflicto, traición. Simultáneamente los aspectos positivos los minimizan. El esquema conlleva una expectativa exagerada de que las cosas van a empeorar gravemente en cualquier momento en una amplia gama de situaciones laborales, financieras o interpersonales. Estos pacientes muestran un miedo excepcional a cometer errores que les pudieran llevar a la bancarrota, a la pérdida, a la humillación o a sentirse atrapados en una situación indeseada. Asimismo, estos pacientes, se caracterizan por la preocupación, la tendencia a la aprensión, la hipervigilancia, la queja y la indecisión ya que exageran los posibles resultados negativos (Young et al., 2013).

***Inhibición emocional.*** Las personas que limitan sus actuaciones, sentimientos y comunicación espontánea son aquellas que poseen predominio en este esquema, además suelen hacerlo a fin de ser criticados o perder control en sus impulsos. Por lo tanto, es importante mencionar que las áreas de inhibición más comunes son: Inhibición de la ira, Inhibición de los impulsos positivos; Dificultad para expresar vulnerabilidad y Énfasis en la racionalidad al tiempo que se pasan por alto las emociones, asimismo estos pacientes suelen presentarse como planos, coartados, distantes o fríos (Young et al., 2013).

***Metas inalcanzables / hipercriticismo.*** En el esquema de metas inalcanzables / hipercriticismo, los individuos que adquieren predominio en este esquema tienen la sensación de que deben esforzarse mucho por satisfacer estándares internos muy altos, generalmente con la finalidad de evitar la vergüenza al igual que desaprobación. Usualmente se genera hipercriticismo y sentimientos de presión constante hacia uno mismo y hacia los demás. Para que este sea considerado como un esquema precoz desadaptativo tiene que haber un gran deterioro en la autoestima, en la salud y en las relaciones o experiencia de placer que tiene el paciente. Algunas características que encontramos determinantes en este esquema son: perfeccionismo, metas rígidas y “deberías en áreas de la vida”, incluyendo estándares

morales, culturales o religiosos y realmente altos o la preocupación por el tiempo y la eficiencia (Young et al., 2013).

**Castigo.** El esquema de castigo se caracteriza por que las personas que poseen predominio en este esquema tienen la seguridad de que las personas deberían ser sancionadas por cometer errores. Además, estas personas suelen tener tendencia a estar enfurecidas y ser intolerantes con todos los demás incluso con ellos mismos y quienes no satisfacen sus propios estándares. Esto da como consecuencia que les sea difícil perdonar errores porque son reacios a considerar las circunstancias extenuantes, a permitir la imperfección humana o a contemplar las intenciones de las personas (Young et al., 2013).

### ***Operación de los Esquemas Precoces Desadaptativos***

Según Young et al (2013) los Esquemas Precoces Desadaptativos poseen dos operaciones fundamentales las cuales son la perpetuación y el cambio de dichos esquemas.

La primera de estas operaciones hace referencia a todas las conductas, pensamientos y sentimientos que un individuo posee y que terminan por fortalecer los Esquemas Precoces Desadaptativos que presenta. Dicha perpetuación se da a partir de mecanismos tales como distorsiones cognitivas, donde el individuo percibe e interpreta erróneamente situaciones enfatizando su atención en toda la información que confirme la efectividad del respectivo esquema y minimiza o niega aquella que contradiga al mismo; patrones vitales contraproducentes, los cuales son seleccionados y reproducidos inconscientemente y que hacen que el individuo permanezca en relaciones o situaciones que continuamente activan y fortalecen el esquema mientras evitan todas aquellas que podrían ayudar a debilitar o modificar el mismo; y los estilos de afrontamiento particulares de cada Esquema Precoz Desadaptativo, entre los cuales se diferencian tres estilos de afrontamiento disfuncionales: rendición, el cual se refiere a cuando un individuo no hace esfuerzo alguno por combatir o

evitar un Esquema Precoz Desadaptativo aceptando al mismo como auténtico a pesar del dolor emocional o de los efectos que este podría causarle; evitación, donde los individuos evitan a toda costa pensar en el esquema que poseen, negando la existencia del mismo y esforzándose en desarrollar sus vidas tratando de evadir todo aquello que podría activarlo; y sobrecompensación, donde los individuos orientan sus esfuerzos en ser lo más distintos posibles a quienes fueron en el momento del desarrollo del esquema considerando en esta forma que todo lo opuesto al esquema es lo más adecuado y auténtico (Young et al., 2013).

Respecto a los tres estilos de afrontamiento mencionados, Young et al. (2013) enfatiza en la relevancia de los mismos dado que cada uno de ellos posee un importante rol en la perpetuación de los Esquemas Precozes Desadaptativos, puesto que, a pesar de que estos operan de manera adaptativa durante la infancia siendo considerados mecanismos de supervivencia saludables, estos muchas veces se vuelven desadaptativos conforme el individuo crece, debido a que el mismo continua utilizándolos a pesar de que las características contextuales ofrece otras alternativas más adecuadas de solución.

Finalmente, la segunda operación de los Esquemas Precozes Desadaptativos corresponde al cambio de los mimos, el cual posee un curso muchas veces arduo y largo a través de intervenciones cognitivas, conductuales, y afectivas, y que tiene como fin la disminución de la frecuencia de activación de los esquemas y la debilitación de la intensidad de la experiencia de los mismos.

### ***Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas***

**Consumo de Riesgo.** Al consumir sustancias psicoactivas sin control o siendo estas de uso constante, sin entender las verdaderas consecuencias que conlleva su autoadministración, solemos observar consecuencias o afectaciones visibles en los individuos que consumen estas sustancias, ya sean de tipo físico, social o ambiental.

Por otro lado, cuando hablamos del consumo de sustancias psicoactivas, sin duda aparecen términos como el Consumo de Riesgo, el cual está considerado en el criterio A del DSM-5, y en donde se consideran a todas las diversas sustancias psicoactivas (American Psychiatry Association, 2014). Se debe hacer una diferencia entre el consumo perjudicial y el consumo de riesgo, ya que este último se refiere a diferentes modelos que suelen tener importancia para la salud pública, a pesar que el consumidor no presente algún trastorno. Este término es muy utilizado por la OMS, pero no llega a figurar en el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASISST v3.1), hace referencia a la categorización del Consumo de Riesgo de las Sustancias Psicoactivas, este instrumento considera ciertos indicadores indispensables para lograr categorizar a los consumidores, por lo tanto la frecuencia de consumo, el deseo o ansiedad por consumir una determinada sustancia, las causas de problemas de salud, sociales, legales o económicos desarrolladas por el consumo de determinada sustancia, el abandono de responsabilidades o actividades a raíz del consumo, la percepción negativa del entorno social ( familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.) respecto al consumo del individuo, o la dificultad para reducir o eliminar el consumo de sustancias, son determinantes para esclarecer el Consumo de Riesgo existente; siendo el Consumo de Riesgo Bajo el que corresponde a aquellos que no consumen alguna sustancia, o aquellos que si consumen pero suelen mostrar una frecuencia y nivel de consumo bajo, mostrando pocas posibilidades de un consumo perjudicial o problemas notables en el futuro; por otro lado, el Consumo de Riesgo Moderado es aquel se refiere al incremento en la frecuencia del consumo de determinada sustancia, siendo este en algunos casos el inicio de problemas de salud y de otros tipos, también hace referencia al inicio de la dependencia a las sustancias; por último, Consumo de Riesgo Alto refiere a un tipo de consumo donde el usuario presenta problemas para detener o controlar su consumo, y donde

probablemente este esté afectando de manera notable a diversos factores dentro del entorno del usuario siendo estos físicos, personales, sociales, económicos y/o legales y donde el consumo del individuo es percibido por el entorno social como perjudicial y negativo (OMS, 2011).

**Consumo y Policonsumo.** El consumo se refiere a la autoadministración de alguna sustancia psicoactiva; mientras que, policonsumo, es el consumo de dos a más sustancias, que generalmente son consumidas juntas o una seguida de otra. El término policonsumo se utiliza para referirse más al consumo de sustancias psicoactivas ilegales que al consumo de sustancias legales, en el ámbito clínico este término está relacionado con la clasificación que se le da en el CIE – 10, específicamente categorizado dentro de los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, siendo el código F19 [Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas] al cual se hace referencia al categorizar a un individuo por el consumo de más de una sustancia (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003).

Becoña (2002) nos indica que el consumo de las sustancias psicoactivas suele ser poco frecuente en un inicio, y que el consumidor suele empezar y limitarse a una sola sustancia, más, sin embargo, al aumentar la implicación con esta, el consumo incrementa su frecuencia tanto en cantidad como en interés por el consumo de otras.

**Tolerancia.** Según la OMS (2008), es la decreciente respuesta a la dosis regular de consumo de alguna sustancia psicoactiva, por un uso continuado y acostumbrado del organismo a dicha sustancia. Por lo cual se genera una necesidad del aumento de las dosis de consumo. Existen diferentes factores fisiológicos y psicosociales que se pueden atribuir al desarrollo de la tolerancia, que pueden ser física, psicológica o conductual (OPS, 2003).

**Abuso de Sustancias Psicoactivas.** Es un grupo de términos de un uso muy ambiguo, ya que no logra considerarse en el CIE-10 para determinar algún criterio en la problemática del consumo de sustancias, más sin embargo logra definirse como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto entiende que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico” (OMS, 2018). Por otro lado, el abuso de sustancias se considera también como una conducta desadaptativa que afecta al consumidor como al entorno de este, generándose la instalación del Síndrome de Dependencia (CEDRO, 2018).

**Dependencia.** En términos generales, se refiere al estado de necesidad o dependencia de algo o alguien, ya sea en manera de apoyo o para sobrevivir. Al aplicar esta dependencia a las sustancias psicoactivas, esto influye de manera en que se genere una necesidad de consumo de dosis constantes de la sustancia, para posteriormente no mostrar alguna reacción física, que en consecuencia sería una abstinencia (OMS, 2008). Esta dependencia es conocida en el ámbito clínico como Síndrome de Dependencia, el cual se refiere al conjunto de diferentes fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos, que se generan después del consumo repetido de una sustancia psicoactiva, los cuales se muestran de manera en que el individuo siente la necesidad de consumo de dicha sustancia o sustancias, el poco control que tiene en su consumo y la poca consciencia que tiene acerca de las consecuencias o el desinterés de las mismas por la necesidad del consumo (OMS, 2008).

Becoña (2002), nos muestra como uno de los conceptos básicos sobre las drogas, la dependencia psíquica y psicológica, la cual consiste en que el individuo tiene la necesidad o impulso por el consumo y administración de alguna sustancia psicoactiva, con el fin de sentir placer o evitar malestares.

**Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.** El DSM-5, comprende a distintas clases de sustancias psicoactivas (alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias), estas sustancias al ser consumidas de manera abusiva y en exceso generan la recompensa cerebral la cual está relacionada con el reforzamiento comportamental y la producción de recuerdos. Esta activación en el sistema hace que el individuo que consume estas sustancias genere una necesidad de la misma, lo cual conlleva a ciertas consecuencias tales como, descuidar sus actividades normales por el placer que estas le generan, y en otros casos existen individuos con más predisposición a desarrollar el trastorno por consumo de sustancias, lo cual puede evidenciar que existen previos trastornos que suelen mostrarse a través del consumo (American Psychiatry Association, 2014).

Para poder determinar y diagnosticar la gravedad de un consumo y entender a cuál de las diversas clasificaciones pertenecen, deben considerar, los criterios diagnósticos dentro de estas, tales como, control deficitario, deterioro social, consumo de riesgo, y farmacológicos (American Psychiatry Association, 2014).

El CIE-10 nos muestra una guía diagnóstica que nos ayuda al momento de entender a qué nivel llegó un individuo en su consumo por cierta sustancia, ya que nos brinda especificadores que usaremos para el diagnóstico de estas, los cuales son, intoxicación aguda, consumo perjudicial, síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia, síndrome de abstinencia con delirium, trastorno psicótico, síndrome amnésico, trastorno psicótico residual, otros trastornos mentales o del comportamiento, y trastorno mental o del comportamiento (OMS, 2003).

**Sustancias Psicoactivas.** También llamadas “drogas” o “psicótrofos”, los cuales suelen referirse a cualquier sustancia que cuando se ingiere afecta las capacidades mentales

del individuo, son aquellos elementos químicos que “al ser tomados pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo” (OMS, 2005), estas sustancias pueden ser clasificadas como legales e ilegales, según sea la sustancia consumida y el entorno donde se consume. Si bien no todas las Sustancias Psicoactivas necesariamente generen dependencia, es común que se les asocie con términos tales como consumo de riesgo, adicciones, o el abuso de sustancias (OMS, 2008).

Las SPA, al tener efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) alteran objetiva y subjetivamente el funcionamiento del individuo, generan cambios en su organismo y en su estado de consciencia, por consiguiente, el consumidor persigue dicha modificación en su funcionamiento psicológico como propósito y causa teleológica de la ingesta. La diversidad de efectos sobre el SNC depende del tipo de SPA y el tipo de consumo de esta; existen diversas dimensiones para la comprensión de los efectos de las SPA en el consumidor estas son amplias y varían respecto a su forma de consumo, su estatus legal, su aceptación socio-cultural, su magnitud de respuesta en términos de intensidad, duración y frecuencia (CEDRO, 2018).

Actualmente se hace referencia a las SPA desde una perspectiva médica y científica, para referirnos a una gran cantidad de sustancias que cumplen con ciertos criterios como son que habiendo sido introducida en el organismo esta ejerce alteraciones en el mismo; que estas pueden inducir a las personas a su consumo por el placer experimentado o por la experiencia deseada del consumidor a partir del preconcepto que tenga de la sustancia, así también, las cuales no tengan indicaciones médicas y si por lo contrario las tienen, estas pueden ser utilizadas con fines no terapéuticos (CEDRO, 2018).

El ser humano ha demostrado cierto interés por la experimentación y exploración de nuevas sensaciones, tales como tratar entender los placeres que existen a partir de nuevas

experiencias, la necesidad de escape y de disminución de tormentos internos, la necesidad de pertenencia o incluso la presión social que puede existir en su entorno, es así que el uso de las SPA se dieron paso a través de las necesidades de los seres humanos, por lo cual podemos observar que a lo largo de la historia las sustancias psicoactivas han llevado al ser humano a la interiorización de diferentes sensaciones y experiencias, las cuales pueden ser religiosas o sociales; esto mismo da cabida a poder entender un poco más el uso de las sustancias psicoactivas dentro de nuestra sociedad (CEDRO, 2018).

Existe una tendencia a consumir sustancias psicoactivas por diversos motivos, tales como son los factores psicológicos del consumo, los efectos de las mismas, la necesidad de estas en caso sea por prescripción médica, entre otros (OPCION, 2001).

**Alcohol.** CEDRO (2018) cataloga al Alcohol como una sustancia psicoactiva social, depresora y legal.

Según la OMS (2008), los alcoholes constituyen un gran grupo de compuestos orgánicos que son derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH, también llamado alcohol etílico) es uno de los que forman parte de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las diversas bebidas alcohólicas.

El Alcohol suele ser distribuido y presentado de diversas maneras, siendo estas llamativas para los consumidores ya sean por los colores, graduaciones o la procedencia del mismo; por otro lado, el Alcohol posee diversos sobrenombres los cuales pueden ser “chela”, “trago” “wiskacho”, “wiskola”, entre otros (CEDRO, 2018).

Claramente al hablar de Alcohol debemos tener en consideración que existen efectos físicos en el consumidor, los cuales durante la etapa de intoxicación son la euforia, la

desinhibición, la pérdida del control de las facultades superiores: dificultad para asociar ideas, el estado de apatía, la relajación y somnolencia; es así también que algunos de los efectos a consecuencia del consumo de Alcohol pueden llegar a ser nocivos para la salud y estos pueden ser la afectación de los órganos tales como el hígado o el sistema digestivo, la disminución del ritmo cardiorrespiratorio, la pérdida de masa neuronal, afectación del habla, del equilibrio, de la visión y el oído, la pérdida progresiva de los reflejos y de la coordinación motora fina (CEDRO, 20118).

Es preciso tener en cuenta que el consumo de Alcohol se ve influenciado por diversos motivos descritos por Palacios (2012), en donde los motivos cognitivos suelen referirse a el autocontrol del consumo del Alcohol, a la percepción que tienen acerca de que la sustancia logrará aliviar sus problemas y hacerlos escapar de su realidad, aunque estas razones van de la mano con la percepción de riesgo existente, la persona suele realizar el consumo a pesar de conocer los riesgos implícitos en este; por otro lado, en cuanto a los motivos afectivos se presentan las emociones positivas como refuerzo del consumo siendo que estas se refieren al efecto emocional que se ejercen en los consumidores, en otros casos la relajación es también un motivo donde el principal objetivo es liberarse de estresores mediante el consumo; así también, se hace referencia al estado depresivo de la persona al momento del consumo y sus razones que suelen girar en torno a la soledad, depresión, melancolía, despecho, etc.; en cuando a motivos hedonistas podemos resaltar que una gran mayoría de personas suele seguir es consumo por el gusto del sabor del Alcohol, seguido de la búsqueda de sensaciones como son la curiosidad, el experimentar, salir de la rutina, o las emociones; para terminar, los motivos sociales apreciados en cuanto al consumo de Alcohol suelen hacer referencia al entorno social, a los amigos, familiares, el lugar donde se consume la sustancia, la búsqueda de la diversión, la percepción personal de su desenvolvimiento en el grupo o en el entorno (desinhibición).

**Tabaco.** CEDRO (2018) considera al Tabaco como una sustancia psicoactiva social, estimulante y legal.

Según la OMS (2008) el “tobacco” o también llamado Tabaco es preparado con las hojas de Nicotina Tabacum, la cual es una planta originaria de América de la familia de las Solanáceas, en donde el principal ingrediente psicoactivo dentro de este es la nicotina, la cual es altamente adictiva.

El Tabaco suele ser consumido de forma oral, y su presentación suele ser en cigarrillos, pipas y en algunos casos mascado (CEDRO, 2018).

Cuando hablamos del Tabaco, podemos entender que al ser una sustancia altamente consumida no solo en nuestro país, sino que, en el mundo entero, se suele tener cierto conocimiento de los efectos físicos durante la intoxicación que este genera en el organismo tales como estimulación del cerebro brindando un refuerzo positivo, como la concentración, o el mejoramiento del humor, la satisfacción y el placer, por otro lado, otros efectos pueden manifestarse como la relajación y sedación de individuo; es así que, al hablar de los efectos del uso continuo de Tabaco podemos enlistar diferentes consecuencia de sus ingesta tales como enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, cáncer, gastritis crónica, y muerte, (CEDRO, 2018).

Según la OMS (2011) se estima que existen más de 1300 millones de fumadores en el mundo, y también que el número de víctimas mortales asciende a más de 5000 millones de al año, y de seguir por este camino la cantidad se podría duplicar a 10000 millones de personas para el año 2020.

Por otro lado, Patton et al. (1998) y Catalán (2000) (citados por García, Esparza, Avila & Hinojosa, 2015) indagan del porque se dio el inicio del consumo de Tabaco, en

donde pueden notar que el grupo de más consumo de riesgo se encuentra comprendido dentro de las edades cuando se da la educación universitaria, este consumo suele deberse a la consecuencia de la exigencia intelectual y social que esta etapa genera; mientras que el Modelo de motivación para fumar, desarrollado por Russell, nos muestra tres tipos motivacionales, tales como los sociales, físicos y psicológicos, dentro de los cuales se identifica que al consumir el Tabaco los individuos suelen mantener conversaciones sociales con relajación y el consumo de la misma se ve reforzado cuando las personas del entorno muestran interés, y el individuo siente que esto de alguna manera eleva su status social, ya que siente que su imagen se ve más sofisticada, también se presentan aquellos individuos que utilizan el Tabaco con un método de fuga o aquellos que tratan de alejar pensamiento negativos de sí mismos (García et al., 2015, p. 46)

En el Perú, se puede observar un inicio del consumo de tabaco a muy temprana edad, siendo esta en la adolescencia, el cual es muchas veces influenciado por factores socioculturales y personales.

El tabaco es la sustancia con la que los estudiantes de Secundaria tienen un contacto más precoz, situándose la edad media de inicio al consumo en los 13,2 años, seguido del alcohol con 13,6 años. Esta situación ha llevado a centrar los programas de prevención en grupos de edad cada vez menores. (Martínez-González, Robles-Lozano, & Trujillo Mendoza, 2003)

**Cannabis.** CEDRO (2018) considera al Cannabis como una sustancia psicoactiva de abuso, alucinógena e ilegal.

Según la OMS (2008) el Cannabis es el término utilizado para designar diversos preparados psicoactivos de las plantas de Cannabis tales como sativa, indica, y ruderalis, esta última de menor importancia.

La marihuana (*cannabis sativa*) es una planta color gris verdoso, de hojas, tallos, semillas y flores, que pueden ser utilizados con fines recreativos. El componente responsable de la generación de sus efectos es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), responsable de la complejidad de los efectos que acompañaran a la intoxicación. La cantidad de THC determina la potencia de los efectos (CEDRO, 2018).

El cannabis es conocido por diversos nombres entre los cuales están las terminologías coloquiales, los cuales son “pito”, “hierba”, “tola” y “grass” entre otros nombres; es así que, en el momento de la administración del Cannabis este suele ser fumado, pero también puede ser colocado en pasteles, infusiones, etc. (CEDRO, 2018).

Los cannabinoides son una de los diversos compuestos químicos que actúan en los receptores de cannabinoides de células que regulan la liberación de neurotransmisores en el encéfalo.

Como primera instancia hablaremos de los efectos físicos que se generan en la etapa de intoxicación al consumir el Cannabis, tales como son la relajación, enlentecimiento, sequedad en la boca, ojos brillantados y rojizos, alteraciones en la percepción, dificultades en la expresión oral, ansiedad, paranoia; teniendo en cuenta que altas dosis de esta sustancia psicoactiva pudiera producir alucinaciones visuales y somnolencia (CEDRO, 2018); por otro lado, los efectos físicos no deseados y perjudiciales para la salud son la taquicardia, sudoración, descoordinación de los movimientos, insomnio, déficit en las funciones cognitivas tales como la atención, la concentración y la memoria, déficit motivacional, problemas de rendimiento ya sea en el ámbito académico o laboral (CEDRO, 2018).

Caudevilla & Cabrera (2008), nos hablan acerca de los efectos agudos psicológicos que llevan al consumo del Cannabis, los cuales dividen en tres, los agradables, en donde encontramos a la elevación del humor, la euforia, la hilaridad, la disminución del estrés, la

relajación, el pensamiento creativo, filosófico y profundo, el incremento de la percepción de los sentidos, sensaciones corporales placenteras, el incremento de la conexión cuerpo – mente, y el alivio del dolor, esto se debería a la predisposición que hubo del consumo y las respuestas agradables que refuerzan la idea positiva del consumo de esta; así también, describen a los efectos neutros, los cuales son el cambio general del estado de conciencia, la lentitud percibida, las alucinaciones visuales con los ojos cerrados, la interrupción de la memoria lineal, el pensamiento acelerado y la alteración de la percepción del tiempo; finalmente los efectos desagradables percibidos en los consumidores son la ansiedad, la agitación, la confusión, los mareos, y los pensamientos paranoides.

**Cocaína.** CEDRO (2018), cataloga a la Cocaína como una sustancia psicoactiva de semi-sintética, de abuso, estimulantes e ilegal.

Según la OMS (2008), la cocaína es un alcaloide que se obtiene de las hojas de coca y que es sintetizada. San (1996), Gold (1997), y Lizosaín, Moro & Lorenzo (2001) (citados por Becoña & López, 2009) categorizan las vías de administración en cuatro, las cuales son oral, intranasal, intravenosa, y fumada, estos varían de acuerdo a la variación del tipo de Cocaína, debo resaltar que las diferentes vías de administración influyen en la duración del efecto con respecto a la variación de la Cocaína.

Esta droga se obtiene de las hojas de la planta *erithroxylon*, coca originaria de la región andina. El Perú es uno de los países donde existe más demanda de esta droga, ya que se obtiene de la hoja de coca que es usada comúnmente en el país (CEDRO, 2018).

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA, 2020a), en cuanto a los efectos físicos en el cuerpo pueden ser la dilatación de las pupilas, el aumento en la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca y la presión arterial; en cuanto el consumo se hace mucho mayor, esto puede intensificar sus efectos, en donde se observa un

comportamiento más extravagante, errático y violento; algunas personas reportan haber experimentado efectos no deseados durante el consumo tales como el desasosiego, la irritabilidad, la ansiedad, temblor del cuerpo, vértigos, espasmos musculares notables o paranoia; por otro lado, se han observado efectos nocivos para la salud como son efectos cardiovasculares, ataques al corazón, ataques cerebrovasculares, convulsiones, dolores de cabeza y hasta coma o incluso la muerte.

Bosque, Fuentes, Bruno, Espínola, González, Loredó, Medina-Mora, Nanni, Natera, Prospero, Sánchez, Sansores, Real, Zinser & Vázquez. (2014), describen ciertos factores que podrían fortalecer la idea del consumo y sentar bases para esta, como son, la baja autoestima, la falta de control de impulsos, depresión con pensamientos de fracaso, decepción, castigo, culpa y/o autocrítica, y que estos suelen deberse a factores de riesgo que motivarían y reforzarían el consumo futuro; es así que, NIDA (2020a) nos presenta una serie de efectos deseables en los consumidores de Cocaína, entre las cuales se encuentran la euforia, el incremento de energía, la capacidad de mantenerse alerta, el poder realizar las diferentes tareas con rapidez, la pérdida temporal del apetito, y las sensaciones visuales, auditivas y del tacto que se pueden apreciar durante el consumo; por otro lado, existen casos donde los efectos en los individuos son todo lo contrario y los enlentecen.

Es así también que debemos mencionar a los derivados de la Cocaína, ya que con respecto una de la otra la activación de estas suele ser diferente tanto en la duración como en los efectos.

**Clorhidrato de Cocaína.** Según Caballero (2005, citado por UNODC, 2013), el clorhidrato de cocaína es también conocido como la forma ácida de la cocaína, la cual se obtiene del tratamiento del PBC con ácido clorhídrico y otras sustancias, la cual puede fumarse, inhalarse, inyectarse, ingerir por vía oral o aplicarse en partes mucosas haciendo que

esta actúe como un anestésico. Se debe tener en cuenta que existen suficientes estudios y pruebas para determinar que el consumo continuo de esta droga es adictivo en la mayoría de los casos.

Por otro lado, al hablar de los efectos físicos observados durante el consumo del clorhidrato de cocaína, podemos enumerar estos efectos que distan de los efectos del PBC, como son el efecto estimulante inmediato que tiene sobre el cuerpo, la paranoia, la alteración del campo de la conciencia, alucinaciones, la hiperacusia, la tensión y rigidez de los músculos, y la insensibilidad al dolor, así también, se pueden enumerar los efectos nocivos que conlleva el consumo del clorhidrato de cocaína, como son la incapacidad para controlar el consumo de la sustancia psicoactiva, la pérdida del sentido del olfato por las constantes inhalaciones, daño y perforación del tabique nasal, paranoia, insomnio y falta de apetito, temblores e infecciones (CEDRO, 2018).

***Pasta Básica de Cocaína (PBC).*** La pasta básica de cocaína o también llamado PBC, según la OMS (2008), es un producto que se obtiene de las hojas de coca, durante el primer proceso de extracción de la cocaína, las cuales son mezcladas con gasolina o kerosene, bases alcalinas, permanganato de potasio y ácido sulfúrico; esta sustancia es altamente adictiva, pues genera una inmediata dependencia (CEDRO, 2018).

Se caracteriza por su trituration para consumirla y es comúnmente acompañada de otras sustancias como la marihuana o el tabaco, y se genera el policonsumo como parte de la normalidad en consumidores de PBC, esta sustancia psicoactiva tiene la apariencia de un color grisáceo, pálido, con una consistencia pastosa con gránulos (CEDRO, 2018).

Con respecto a los efectos físicos del consumo del PBC, estos presentan ciertas diferencias en comparación con el clorhidrato de cocaína, los cuales son el aumento del ritmo cardíaco, el incremento de temperatura corporal, sudoración, marcada dilatación pupilar,

paranoia, agitación motriz, el incremento de las sensaciones sexuales auditivas, táctiles y visuales, un incremento potencial de la ansiedad y la suspicacia; por otro lado, existen efectos esperados por los consumidores después de haber reforzado positivamente el consumo como son la euforia, la desinhibición, las sensaciones de placer, el incremento de la sensación de energía y del sistema de alerta, la sensación de agudeza mental, el incremento del “insight” y de la autoestima, y la disminución de la necesidad de sueño; es así que, dentro de los efectos perjudiciales en los consumidores se pueden observar la pérdida de peso, el desgano y agotamiento, ausencia de hambre, sueño, alucinaciones, insomnio recurrente, vómito, diarrea, paranoia frecuente, proclividad a la psicosis, enfermedades varias e infecciones (CEDRO, 2018).

**Estimulantes de tipo anfetamina.** CEDRO (2018), cataloga a los Estimulantes de Tipo Anfetamina como una sustancia psicoactiva sintética, tanto terapéuticas como de abuso, estimulantes, legales e ilegales.

El NIDA (2020e) nos presentan diversos efectos asociados al consumo de estimulantes tales como el incremento de la sensación de alerta, el ánimo excitado, latidos irregulares, la presión arterial alta, el incremento de temperatura corporal, la disminución del apetito, insomnio, agitación, ansiedad, y paranoia.

Estos se dividen en dos, las cuales son las anfetaminas y las metanfetaminas.

**Anfetamina.** CEDRO (2018), define a la Anfetamina como un poderoso estimulante del Sistema Nervioso Central, al cual se le considera una sustancia sumamente adictiva, con la capacidad de desarrollar una dependencia en el consumidor de manera rápida (OMS, 2008).

La distribución de las Anfetaminas suele darse en cápsulas y pastillas de diferentes formas y colores; por otro lado, estas también pueden ser administradas siendo inhaladas o inyectadas; así también, se les conoce de diversas maneras tales como “anfetas” o “pepas” (CEDRO, 2018).

Las Anfetaminas han sido y son utilizadas por motivos médicos para el tratamiento de diversos padecimientos tales como el asma, enfermedades respiratorias, obesidad, trastornos neurológicos y otras patologías; por otro lado, el uso de esta sustancia se llega a considerar abusivo cuando la persona se automedica o utiliza esta sustancia de forma recreativa. Las más utilizadas son Bazedrina, Dexedrina y Metilanfetamina, es así que, se ha visto necesario reducir la prescripción médica para estas sustancias a pocos padecimientos como la Depresión. (CEDRO, 2018).

Entre los efectos físicos por el consumo de Anfetamina se pueden observar la intranquilidad, la agitación, la resequedad bucal, aceleración del ritmo cardíaco, dilatación de las pupilas, si el consumo se maximiza estas dosis altas pueden producir náuseas, sudoración, dolores de cabeza y visión borrosa; mientras que, los efectos esperados y mayormente aceptados son el incremento del estado de alerta e iniciativa, la euforia, la disminución de fatiga, la mejora del ánimo y la actitud, la confianza y la concentración (CEDRO, 2018).

Es importante mencionar que el consumo se puede dar por el preconcepto o el refuerzo positivo que se siente antes, durante y después del consumo, por eso es necesario mencionar ciertas motivaciones tales como la empatía, la sensualidad que pueda ser percibida, las alteraciones sensoriales, la disminución del miedo, la felicidad, la autoestima, la espiritualidad percibida durante el consumo (Utrilla, 2000).

**Metanfetamina.** Según la NIDA (2019c), la metanfetamina es un poderoso estimulante sumamente adictivo, que afecta principalmente al sistema nervioso central

(SNC). La metanfetamina fue creada a partir de la anfetamina, en un comienzo se hizo uso de esta sustancia como descongestionantes nasales e inhaladores bronquiales, pero debido a su alta posibilidad de dependencia se redujo su utilización.

La anfetamina es elaborada en laboratorios clandestinos, las cuales son conocidas como “speed”, “meth”, “tiza”, “cristal”, “ice”, etc.; suelen ser distribuidas en el caso del clorhidrato de metanfetamina como un polvo cristalino, incoloro, amargo y sin olor, o como comprimidos, tabletas o cápsulas, en el caso de la metanfetamina pura esta se presenta en forma de rocas cristalinas con aspecto de hielo (CEDRO, 2018).

Los efectos físicos asociados al consumo de Metanfetaminas son la elevación del azúcar en la sangre, incrementos en respiración, ritmo cardiaco y presión sanguínea, el incremento de la temperatura corporal, la irritación gastrointestinal, y diarrea; mientras que, hay que tener en cuenta la intensa sensación que experimenta el consumidor conocida como “rush”, la cual es de corta duración, pero genera diversos efectos placenteros que logran reforzar en muchos casos su posterior consumo (NIDA, 2019c); por tanto, los efectos relacionados con un posible refuerzo positivos pueden ser el estado de alerta, la disminución de fatiga, la euforia, la disminución de apetito y del sueño, y el aumento en la actividad motora y el habla (CEDRO, 2018).

Las consecuencias más notorias posterior al consumo de las Metanfetaminas y después de uso prolongado de las mismas pueden ser la desnutrición, el constante agotamiento físico, daños cardiovasculares, daño pulmonar, daño en el hígado y riñones, ataques y convulsiones, artritis necrosante que puede producir insuficiencia renal o hemorragia cerebral, comportamiento agresivo permanente y dependencia severa de la sustancia (NIDA, 2019c).

**MDMA o Éxtasis.** CEDRO (2018), cataloga a la MDMA o al Éxtasis como una sustancia psicoactiva sintética, de abuso, alucinógena, e ilegal.

Según la NIDA (2018b), la MDMA o también llamado Éxtasis, es una sustancia que altera el estado de ánimo y la percepción sensorial y temporal (la conciencia de los objetos y las condiciones circundantes). La composición del éxtasis es muy similar a la de los estimulantes y alucinógenos.

El consumo de la MDMA o el Éxtasis, genera múltiples conflictos, ya que no se han confirmados registros donde conste el síndrome de abstinencia por el uso de estas, ni que se registre su uso compulsivo por dependencia física, más bien se ha visto que esta sustancia psicoactiva logra generar una dependencia psicológica (NIDA, 2018b)

La MDMA o el Éxtasis es conocido comúnmente como “pepas”, “tachas”, “molly”, las cuales suelen presentarse en forma de pastillas de diversos colores con logos llamativos, los cuales se encuentran impresos en la cara de estos, y su distribución suele darse en lugar concurridos como las discotecas, pubs y/o bares (NIDA, 2018b)

Los efectos no deseados asociados al consumo de esta sustancia son la ansiedad, la inquietud, la irritabilidad, problemas del sueño, sudoración anormal del cuerpo, excesiva sed, inapetencia, contracción de la mandíbula, movimientos compulsivos de la lengua, la disminución de la capacidad mental, la agresividad, temblores y movimiento involuntarios, fallo renal o cardíaco, confusión mental, y visión borrosa; mientras que, los efectos durante la intoxicación son los más deseados por los consumidores tales como la locuacidad, euforia, bienestar, desinhibición, las sensaciones de placer, y aceleración del pensamiento; por otro lado, las consecuencia observables después de un consumo continuado suelen ser nocivas para el organismo, en donde podemos observar el daño en los procesos cognitivos, daño en función motora, accidente cerebrovascular, calambres, hipertermia, deshidratación, psicosis

paranoide aguda, psicosis tóxica, flash backs, puede producirse muerte por hemorragia cerebral, hipertermia, rabdomiólisis (destrucción de las fibras musculares estriadas), insuficiencia renal y hepática agudas, edema pulmonar agudo y taquicardia (NIDA, 2018b).

**Inhalantes.** CEDRO (2018), describe a los Inhalantes como una sustancia psicoactiva sintética, de uso industrial, alucinógena, y legal.

Según la OMS (2008) los inhalantes también pueden ser llamados sustancias volátiles, los cuales se inhalan para obtener efectos psicoactivos, son disolventes orgánicos que a temperatura ambiente se convierten en vapor, estos pueden ser diversos productos de uso doméstico como también de uso industrial, tales como pegamentos, aerosoles, pinturas, disolventes industriales, quitaesmaltes, gasolina, líquido de limpieza y los nitritos alifáticos, como el nitrito de amilo. Este tipo de droga es de fácil acceso y su adquisición es legal, ya que el uso que se le da es para la población general en el cuidado y limpieza de los hogares o también necesario para diversos usos ya sean artísticos como en construcciones.

Según CEDRO (2018), el inhalante más usado en el Perú es el pegamento, el cual es utilizado por poblaciones desfavorecidas donde lo usan principalmente niños, púberes y adolescentes. Incluso se ha visto en adolescentes y jóvenes, los cuales se dedican a la zapatería. Estas drogas son de fácil acceso así que existe prevalencia e incidencias en su uso en la población.

Los efectos físicos observables por consumo de Inhalantes según el NIDA (2020c), son los efectos anestésicos, intoxicantes y de refuerzo de los diferentes inhalantes, pero afectan al cerebro, otros efectos físicos no deseados son los mareos, la desorientación, la debilidad muscular, el daño neurológico, la disminución de la memoria, la depresión, la agresividad, el aislamiento social, anomalías hepáticas, afecciones renales, pulmonares, digestivas y cardíacas, pérdida progresiva de audición y visión, problemas motrices,

desarrollo del Parkinson, coma y por último la muerte; mientras que aquellos efectos que podríamos denominar los esperador por los consumidores suele referirse a la desinhibición, la euforia, diversas alteraciones en el lenguaje, los delirios, las alucinaciones, y disminución de los reflejos (NIDA, 2020c).

Los Inhalantes se encuentran divididos en solventes, aerosoles, gases y nitritos, de los cuales se ha notado que, dentro de los mismos los nitritos, logran producir un efecto placentero al disminuir la actividad del Sistema Nervioso Central, el cual actúa como un anestésico (NIDA, 2020c).

**Sedantes.** CEDRO (2018), describe a los Sedantes como una sustancia psicoactiva sintética, de uso terapéutico, depresora, y legal.

Según la OMS (2008), los sedantes son depresores del Sistema Nervioso Central, los cuales tiene la capacidad para aliviar la ansiedad y pueden inducir a la tranquilidad y por último al sueño. Algunos medicamentos que pertenecen a este grupo pueden inducir la amnesia y la relajación muscular, en algunos casos tienen propiedades anticonvulsivantes.

La NIDA (2018a), considera que los efectos a corto plazo que se dan por el consumo de sedantes principalmente funcionan como un depresor de la actividad cerebral y esto causa en consecuencia problemas del habla, poca concentración, confusión, mareos, somnolencia y respiración rápida, poca coordinación y superficial (que puede provocar la muerte). Por otro cuando hablamos de efectos a largo plazo no se puede determinar las posibles consecuencias, pero si se puede decir que el uso indebido de sedantes logra generar dependencia, por eso es necesario consumirlas bajo prescripción médica.

Los Sedantes tienen un inicio y una razón detrás de su consumo, por lo que Mayo Clinic (2018), describe estas como la búsqueda de sentirse bien, el relajarse y aliviar

tensiones, la reducción del apetito o el aumento del estado de alerta, el interés por experimentar los efectos mentales de la sustancia, el mantener una adicción y prevenir la abstinencia, ser aceptados por los pares o socializar, e intentar mejorar la concentración y el desempeño académico o laboral; por lo que podemos inferir que muchas de estas características descritas suelen buscar un alivio acerca de una curiosidad, malestar o necesidad.

Los sedantes se dividen en tres grupos básicos, los cuales son los barbitúricos, las benzodiazepinas y los medicamentos para problemas del sueño (NIDA, 2018a).

**Barbitúricos.** La OMS (2008) considera a los barbitúricos como medicamentos pertenecientes al grupo de depresores del Sistema Nervioso Central (SNC), los cuales se suelen prescribir para pacientes con epilepsia, para anestesia, como sedantes, hipnóticos y con menor frecuencia también se utilizan como ansiolíticos.

El consumo de estos, ya sea agudo o crónico, suele inducir a efectos muy similares a los del consumo de Alcohol, por otro lado, posee una alta tendencia al desarrollo de una dependencia psicológica y física (OMS, 2008).

La intoxicación por el consumo de barbitúricos suele estar acompañada por problemas de concentración, de coordinación y de memoria, labilidad emocional, locuacidad, falta de control de impulsos sexuales y agresividad. Y en casos de sobredosis, la intoxicación suele ser mortal (OMS, 2008).

**Benzodiazepinas.** Según la OMS (2008), las benzodiazepinas pertenecen a un grupo de fármacos que están relacionados con los sedantes/hipnóticos, relajantes musculares y antiepilépticos. Las benzodiazepinas pueden ser administradas por vía oral, y en algunas ocasiones por vía intravenosa e intramuscular.

Las benzodiazepinas no suprimen el sueño REM del mismo modo que los barbitúricos, pero estas poseen un gran potencial para su mal uso, pues generan dependencia física y psicológica (UNODC, 2017).

Los benzodiazepinas generalmente son prescritas para reacciones agudas de estrés, ataques de pánico, convulsiones y trastornos del sueño (UNODC, 2017).

**Medicamentos para problemas del sueño.** La NIDA (2018a), indica que la estructura química de los medicamentos para el sueño es diferente a las benzodiazepinas, pero actúan igual que estas, se cree que estos medicamentos contienen menos efectos secundarios y tienen menos riesgo de dependencia en comparación a los benzodiazepinas. Estos medicamentos son prescritos para el tratamiento de trastornos del sueño. Algunos de los medicamentos son Zolpidem (Ambien), Zaleplón (Sonata), Eszopiclona (Lunesta), etc. (NIDA, 2018a).

**Alucinógenos.** CEDRO (2018), describe a los Alucinógenos como una sustancia psicoactiva natural o sintética, de abuso, estimulante y alucinógeno, e ilegal.

Según la OMS (2008), los alucinógenos son toda sustancia química que produce alteraciones de la percepción, en el pensamiento y sensaciones similares provocadas por psicosis funcionales, pero que no producen una alteración marcada en la memoria y orientación, los cuales son características esenciales en síndromes orgánicos.

Según la NIDA (2019b), los alucinógenos se dividen en dos categorías, las cuales son: alucinógenos clásicos y drogas disociativas. Las dos categorías mencionadas anteriormente pueden causar alucinaciones, sensaciones e imágenes que para el individuo que la consumió parecen ser reales, pero no lo son. Por otra parte, las drogas disociativas pueden llegar a que el usuario esté fuera de control o se desconecte de su cuerpo y su entorno. Los alucinógenos pueden ser extraídos de plantas o de hongos, pero de igual manera pueden ser sintéticos.

Se debe tener en cuenta que históricamente los alucinógenos eran comúnmente usados para rituales religiosos o de sanación, pero actualmente las personas refieren que su consumo se debe a un interés recreativo y social. Muchas personas hacen usos de los alucinógenos para combatir el estrés, lograr tener experiencias espirituales y sentirse de forma diferente a lo normal (NIDA, 2019b).

### *Alucinógenos clásicos.*

***Dietilamida del ácido Lisérgico (LSD).*** El LSD es un alucinógeno potente que altera el sistema nervioso central (SNC), se suele presentar como una sustancia cristalina, incolora y soluble en el agua. Puede ser consumida por vía oral o tópica y tiene una gran diversidad de presentaciones (NIDA, 2019b).

Se pueden observar diversos efectos de la intoxicación por el consumo de LSD, entre los cuales se encuentran al incremento de agudeza sensorial, experiencias místicas o emocionales, sentimientos profundamente vividos como alegría, paz, unión con los demás, alteración en la percepción, dificultad en la concentración, pensamientos y memoria, y por último fluctuaciones del humor (NIDA, 2019b).

***Psilocibina.*** La psilocibina está presente según la OMS (2008), en más de 75 especies de setas de los géneros *Psilocybe*, *Panaeolus* y *Conocybe*, las cuales crecen en diversas partes del planeta. Ciertos tipos de hongos se encuentran en regiones tropicales y subtropicales de Sudamérica, México y los Estados Unidos, se le pueden llegar a conocer con distintos nombres en distintas partes del mundo, algunos de esto son “humito”, “hongos mágicos” y “hongos”.

***Peyote.*** La OMS (2008) define al peyote como un cactus pequeño, el cual no posee espinas y cuyo principio activo es la mescalina. El peyote también puede ser sintético. Los nombres con los cuales se le conoce al peyote son “botones”, “cactus”, “mesc”, entre otros.

***DMT.*** La NIDA (2019b) define al DMT como una sustancia química muy poderosa, la cual se encuentra naturalmente en plantas de la Amazonía. El principio activo del DMT es la N,N-dimetiltriptamina. El doctor Strassman quien hizo una investigación en los años 90’s, afirma que el consumir DMT está vinculado a las experiencias cercanas a muerte. Los efectos por consumo del DMT son sumamente poderosos y casi instantáneos, los efectos percibidos llevan al consumidor de pasar de un estado de conciencia plena a un estado alterado de conciencia en solo cuestión de segundos. Los efectos duran entre 10 a 15 minutos, mucho más corto que los efectos de los otros alucinógenos.

La DMT también se puede fabricar en laboratorios (DMT sintética), y en este caso suele tener la forma de un polvo cristalino blanco que se fuma, uno de los nombres más populares para la DMT sintética es Dimitri (NIDA, 2019b).

### ***Drogas Disociativas.***

***Fenciclidina.*** La OMS (2008) define a la fenciclidina que también es conocida como PCP, como una sustancia psicoactiva que posee efectos depresores, estimulantes, analgésicos y alucinógenos en el sistema nervioso central (SNC), esta sustancia se desarrolló en el año de 1950, como un anestésico para cirugías, pero se dejó de lado ya que provocaba un síndrome agudo consistente en desorientación, agitación y delirio.

***Ketamina.*** Según la NIDA (2019b), la ketamina se utiliza como anestésico disociativo tanto para humano como para los animales.

La ketamina no solo tiene propiedades anestésicas, sino también poseen propiedades alucinógenas, psicodélicas y estimulantes los cuales no se utilizan con fines médicos. La ketamina produce múltiples daños en diversas áreas del cerebro, las cuales afectan a la producción de ciertos neurotransmisores (dopamina, cortisol, serotonina, etc.) (CEDRO, 2018).

Los usuarios de la ketamina indican que han sufrido varias experiencias cercanas a la muerte, las cuales se caracterizan con episodios de separación sensorial. La Ketamina es una derivación de la Fenciclidina (PCP), su frecuente consumo provoca tolerancia y dependencia ya sea física como psicológica, y es muy difícil para el usuario que deje el consumo de esta sustancia (CEDRO, 2018).

Dentro de los efectos de la intoxicación por consumo de ketamina tenemos la dificultad para reconocer que sucede alrededor, la sedación, las alucinaciones visuales, la ansiedad, los efectos disociativos, y las paranoias (CEDRO, 2018).

Los efectos no deseados en el organismo por el consumo de la ketamina se presentan como un potente anestésico, incremento de ritmo cardiaco, presión arterial y sanguínea, con problemas en la frecuencia respiratoria en dosis altas se observan náuseas, vómitos, mareos e intensos dolores de cabeza, así también, esta sustancia también se le conoce como la “droga de la violación” o “droga del club”. (CEDRO, 2018).

**Salvia.** La NIDA (2019b), define a la salvia “como una hierba de la familia de la menta, la cual se usa para producir experiencias alucinógenas” (p. 1).

El principio activo de la salvia es la *Salvia divinorum*. La salvia suele ser ingerida de forma oral, siendo masticada en forma de hojas frescas o bebiendo los jugos extraídos de esta, otra forma también es fumarla después de hacer secar las hojas o también pueden

inhalarlas al vaporizarse. Algunos nombres por los cuales se le suele conocer a la salvia son “salvia del adivino”, “María Pastora”, “Sally-D” o “menta mágica” (NIDA, 2019b).

**Opiáceos u Opioides.** CEDRO (2018), describe a los Opiáceos u Opioides como una sustancia psicoactiva sintética, de abuso o terapéuticas, estimulante y alucinógeno, legales e ilegales.

La OMS (2008), indica que el opiáceo tiene la capacidad de inducir a quien la utilice una serie de síntomas como analgesia, la euforia, y en casos de un consumo de dosis elevadas, el estupor, coma y problemas respiratorios.

Los opioides generalmente son seguros si la persona que los consume está siguiendo una receta médica y suspende su consumo dentro de los parámetros dictados por el médico, los opioides generalmente se utilizan para calmar dolores, pero por su propia composición también genera otras funciones que muchas veces las personas perciben como placentera, esto hace que sea utilizadas de manera incorrecta, y esto puede conllevar a dependencia y causar sobredosis e incluso la muerte (NIDA, 2019a).

**Heroína.** Según la NIDA (2020b) la heroína es una sustancia opiácea, derivada de la morfina, la cual se extrae de la vaina de semillas de diversas plantas de amapola (adormidera), puede ser suministrada de diversas maneras ya sea inyectada, inhalada, aspirada o fumada, y es una sustancia psicoactiva que suele ser consumida en compañía de otras como son la cocaína, esto llevaría a desarrollar policonsumo.

La Heroína contiene efectos a corto y largo plazo, los cuales llegan acompañados de un sentir potente de euforia llamado “rush”; y estos se ciñen a efectos como sequedad en la boca, enrojecimiento y acaloramiento de la piel, sensación de pesadez en las extremidades, náuseas y vómitos, implicación de facultades mentales como alternación repetida entre un

estado de vigilia y adormecimiento. Los efectos observables a largo plazo suelen ser, insomnio, colapso de las venas donde se inyecta la droga, daños en los tejidos de la nariz, abscesos, estreñimiento y dolores de estómago, complicaciones pulmonares, incluida la neumonía, trastornos mentales como la depresión y el trastorno de personalidad antisocial, entre otros (NIDA, 2020b).

**Codeína.** La codeína (DCI) o metilmorfina es un alcaloide que se encuentra de forma natural en el opio.

Según la Resolución Directoral del Ministerio de Salud del Perú [DIGEMID] (MINSA, 2013), la codeína es empleada como un analgésico suave, la cual es utilizada para aliviar el dolor leve a moderado, el cual no se logra aliviar sin un medicamento no opioide.

La codeína está prescrita para dolores de enfermedades terminales, tos peligrosa (hemoptoica, convulsiva, posoperatoria). Existen algunas reacciones adversas por el uso de la codeína como son somnolencia y constipación. dentro de las reacciones poco frecuentes se pueden observar mareos, cefaleas, pérdida del apetito, náuseas, sequedad bucal, hipotensión, depresión respiratoria entre otros. Por otro lado, se pueden observar reacciones raras, o que generalmente no se observan con frecuencia en los pacientes que hacen uso de esta sustancia como son: convulsiones, alucinaciones, rigidez muscular, espasmo biliar, pesadillas, zumbidos, palpitaciones, hipertensión arterial, entre otros (MINSA, 2013).

**Tramadol.** La NIDA (2017), indica que el tramadol es un opioide sintético de acción central.

El tramadol según Souza y Ashmawi (2015), es un analgésico el cual es utilizado mayormente para aliviar el dolor moderado a intenso y suele también ser de utilidad para el

dolor agudo y crónico. El tramadol puede ser administrado de diferentes maneras como son por la vía oral, rectal, intramuscular e intravenosa.

El MINSA [DIGEMID] (2009), indica que algunas de las reacciones poco frecuentes después de la ingesta del tramadol pueden ser las náuseas, la somnolencia, fuertes cefaleas, la hipersudoración, sequedad bucal, constipación en casos de consumo prolongado. Y dentro de las reacciones más raras que se dan después de la ingesta del tramadol pueden llegar a ser el dolor abdominal, astenia (debilidad y fatiga), euforia y problemas menores de visión.

Los síntomas de sobredosis que se dan por el consumo por tramadol pueden ser miosis, vómitos, colapso cardiovascular, depresión respiratoria, convulsiones, etc. (MINSA, 2009).

**Morfina.** La OMS (2008), define a la morfina como un alcaloide de opio como un analgésico para prescripción medicada y también como una droga.

El uso de la morfina generalmente es prescrito para el dolor severo, para el dolor de un infarto agudo de miocardio, un edema pulmonar agudo secundario e insuficiencia ventricular izquierda, en el cual se prescribe morfina conjuntamente con el tratamiento. Las formas de administración de la morfina pueden ser en forma oral, intravenosa, intramuscular y rectal (MINSA, 2013).

Dentro de las posibles reacciones que se observan posterior a la ingesta o prescripción de la morfina pueden ser somnolencia, constipación, mareo, aumento de sudoración, náuseas, vómitos, dilatación de pupilas, etc. Algunas de las reacciones poco frecuentes después de la administración de la morfina pueden ser la depresión respiratoria, nerviosismo, confusión, constantes mareos, fuertes cefaleas, pérdida de apetito, sequedad bucal, irritación gastrointestinal, disminución del volumen urinario, reacciones alérgicas, diplopía o visión

borrosa. Por último, se pueden observar algunas raras y fuertes reacciones por la administración de morfina como las convulsiones, alucinaciones, estimulación paradójica del SNC (especialmente en niños), rigidez muscular, pesadillas, zumbidos, hipertensión arterial, urticaria, etc. (MINSA, 2013).

**Metadona.** Según la OMS (2008), define a la metadona como un opiáceo sintético que suele utilizarse como parte del tratamiento de mantenimiento de personas con dependencia a los opiáceos. Se utiliza como parte del alivio severo, agudo y crónico como alternativa al tratamiento que se lleva con la morfina.

La metadona como cualquier otro opiáceo tiene efectos como la depresión respiratoria, depresión circulatoria, paro respiratorio, shock, y paro cardiaco. Otros efectos que se pueden apreciar a partir de la administración de la metadona son el delirio, el vértigo, la sedación, náuseas, vómitos y transpiración (OMS, 2008).

**Otros (Nuevas Sustancias Psicoactivas [NSP]).** La UNODC (2017), se refiere a otras drogas no consideradas dentro de las categorías antes mencionadas como “nuevas sustancias psicoactivas” [NSP] y estas se definen en su defecto como “sustancias de abuso, ya sean estas en su forma pura o en su forma preparada”, estas sustancias no han sido controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, y estas pueden atentar contra la salud pública, la cuales están siendo conocidas en el mercado por diferentes términos como “drogas de diseño”, “euforizantes legales”, “hierbas euforizantes”, “sales de baño”, entre otros.

Según la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias [ASSIST v3.1] (2011), la cual está respalda por la OMS, también considera dentro de las Nuevas Sustancias Psicoactivas [NSP] a sustancias como kava, datura, khat, nuez moscada y la caféina la cual no se ha logrado considerar dentro de las categorías antes mencionadas.

Según investigaciones realizadas por la UNODC (2017), se pudo encontrar un aproximado de 250 sustancias psicoactivas, las cuales son reportadas generalmente por laboratorios alrededor de todo el mundo. Las nuevas sustancias psicoactivas no se encuentran reguladas bajo ningún acuerdo internacional.

Las nuevas sustancias han logrado convertirse en un gran fenómeno global, se tiene conocimiento que más de 110 países y distintos territorios alrededor del mundo, han informado de la aparición de estas. En diciembre del 2017, se lograron reportar más de 800 sustancias las cuales en su defecto fueron reportadas al Sistema de Alerta Temprana [EWA] de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2017).

### ***Factores de Riesgo asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas***

Según Clayton (1992, citado por Becoña, 2002) Se puede entender que el factor de riesgo es una característica ya sea individual, situacional, ambiental u otra que genere un incremento en la probabilidad del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas o en la implicación del individuo con estas.

Cuando hablamos de factores de riesgo, nos referimos a la posibilidad existente en el individuo de consumir o no consumir alguna sustancia psicoactiva. Por lo tanto, Millman y Botvin (1992, citados por Becoña, 2002), nos muestran un panorama del posible inicio del consumo, indicando que en algunos casos se podría decir que éste empieza en la infancia temprana, pero dando énfasis en que el consumo real y consciente suele ser en la adolescencia, y a lo largo de esta se va definiendo conjuntamente con el desarrollo tanto físico, psicológico y social del adolescente.

Becoña en el 2002, recopila a diversos autores, para brindar una visión general de la implicación de los factores de Riesgos más relevantes asociados al consumo de Sustancias Psicoactivas., los cuales se muestran en los Cuadros 1 y 2.



## Cuadro 1

*Factores de Riesgo (1era Parte)*

<b>Factores de Riesgo Familiares</b>					
<b>Hawkins et al. (1992)</b>	<b>Petterson et al. (1992)</b>	<b>Moncada (1997)</b>	<b>Pollard et al. (1997)</b>	<b>Kumpfer et al. (1998)</b>	<b>Muñoz-Rivas et al. (2000)</b>
– Uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas.	– Historia familiar de alcoholismo.	– Historia familiar de alcoholismo.	– Pobre supervisión familiar.	– Conducta de la familia relacionada con el abuso de drogas.	– Estructura y composición familiar.
– Divorcio o separación de los padres.	– Problemas de manejo de la familia.	– Pautas educativas.	– Pobre disciplina familiar.	– Prácticas de manejo de los hijos y crianza en la familia inadecuadas.	– Estatus socioeconómico familiar.
– Problemas en el manejo de la familia.	– Uso de drogas por parte de los padres y actitudes positiva hacia su uso.	– Actitudes y modelos de conducta por parte de los padres.	– Conflicto familiar.	– Historia familiar de conducta antisocial.	– Disciplina familiar
– Bajas expectativas para los niños o para el éxito.		– Conflictos familiares.	– Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial.	– Conflicto familiar	– Relaciones afectivas y comunicación.
			– Actitudes parentales favorables hacia el uso de drogas.	– Abuso físico.	– Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.
<b>Factores de Riesgo Comunitarios</b>					
<b>Hawkins et al. (1992)</b>	<b>Petterson et al. (1992)</b>	<b>Moncada (1997)</b>	<b>Pollard et al. (1997)</b>	<b>Kumpfer et al. (1998)</b>	<b>Muñoz-Rivas et al. (2000)</b>
– Deprivación económica y social.	– Leyes y normas favorables hacia el uso de drogas.	– Deprivación social y económica.	– Desorganización comunitaria.	– Influencia de los iguales.	– Leyes y normas favorables hacia la conducta.
– Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria.	– Disponibilidad.	– Desorganización comunitaria.	– Cambios y movilidad de lugar.	– Normas y leyes culturales y sociales sobre las drogas.	– Disponibilidad de la droga.
– Transiciones y movilidad.	– Deprivación económica extrema.	– Disponibilidad y accesibilidad de las sustancias.	– Leyes y normas favorables al uso de drogas.	– Pobreza.	– Estatus socioeconómico.
– Disponibilidad de drogas.	– Desorganización en el vecindario.	– La percepción social del riesgo.	– Disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego.	– Desorganización comunitaria.	– Deprivación económica extrema.
		– La movilidad de la población.		– Fracaso escolar.	– Lugar de residencia.
		– Las normas y leyes de la comunidad.			– Desorganización del barrio.
<b>Factores de Riesgo de Compañeros e Iguales</b>					
<b>Hawkins et al. (1992)</b>	<b>Petterson et al. (1992)</b>	<b>Moncada (1997)</b>	<b>Pollard et al. (1997)</b>	<b>Kumpfer et al. (1998)</b>	<b>Muñoz-Rivas et al. (2000)</b>
– Amigos que consumen drogas.	– Asociación con iguales que consumen drogas.	– Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno.	– Iguales con conducta antisocial		– Factores de socialización: factores relacionados con la influencia del grupo de iguales.
– Actitudes favorables hacia el consumo de drogas.		– Grupo de iguales.	– Consumo de drogas por parte de los pares		– Asociación con compañeros consumidores.
– Conducta antisocial o delincuencia temprana.			– Refuerzo de los iguales a la conducta antisocial		– Identificación con grupos desviados.
			– Rechazo por parte de los iguales		

## Cuadro 2

### Factores de Riesgo (1da Parte)

<b>Factores de Riesgo Escolares</b>					
<b>Hawkins et al. (1992)</b>	<b>Petterson et al. (1992)</b>	<b>Moncada (1997)</b>	<b>Pollard et al. (1997)</b>	<b>Kumpfer et al. (1998)</b>	<b>Muñoz-Rivas et al. (2000)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carencia de cumplimiento de la política escolar.</li> <li>- Poco apego a la escuela.</li> <li>- Fracaso escolar o abandono de la escuela.</li> <li>- Dificultades en el paso de un curso a otro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temprana conducta antisocial.</li> <li>- Fracaso escolar.</li> <li>- Bajo apego a la escuela.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fracaso escolar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo rendimiento académico.</li> <li>- Bajo grado de apego a la escuela.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fracaso escolar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abandono escolar.</li> <li>- Fracaso académico.</li> <li>- Tipo y tamaño de la escuela.</li> </ul>
<b>Factores de Riesgo Individuales</b>					
<b>Hawkins et al. (1992)</b>	<b>Petterson et al. (1992)</b>	<b>Moncada (1997)</b>	<b>Pollard et al. (1997)</b>	<b>Kumpfer et al. (1998)</b>	<b>Muñoz-Rivas et al. (2000)</b>
Genéticos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hijos de consumidores de SPA.</li> </ul> Constitucionales <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso temprano de drogas (antes de los 15 años).</li> <li>- Dolor o enfermedad crónica.</li> </ul> Factores fisiológicos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas de salud mental.</li> </ul> Psicológicos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso físico, sexual o emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alienación y rebeldía.</li> <li>- Conducta antisocial en la adolescencia temprana.</li> <li>- Actitudes favorables hacia el consumo de drogas.</li> <li>- Primeros consumos tempranos de drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los valores.</li> <li>- La agresividad.</li> <li>- La búsqueda de sensaciones.</li> <li>- Otros problemas de conducta (hiperactividad, rebeldía, pobre autocontrol, dificultad para relacionarse, alienación, conducta antisocial, búsqueda de placer, disconformidad con las normas, violencia, delincuencia).</li> <li>- La actitud hacia las drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rebeldía.</li> <li>- Búsqueda de sensaciones.</li> <li>- Temprana iniciación en la conducta antisocial.</li> <li>- Actitudes favorables hacia la conducta antisocial.</li> <li>- Actitudes favorables hacia el uso de drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta antisocial y otros problemas de conducta tales como trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y agresividad.</li> <li>- Alienación y rebeldía.</li> <li>- Alta tolerancia a la desviación y una fuerte necesidad de independencia.</li> <li>- Psicopatología.</li> <li>- Actitudes favorables hacia el uso de drogas.</li> <li>- Factores de personalidad de alto riesgo.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de sensaciones.</li> <li>• Baja tolerancia al dolor.</li> <li>• Pobre control de impulsos.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores genéticos</li> <li>- Factores biológico-evolutivos (sexo, edad).</li> <li>- Factores psicológicos.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión.</li> <li>• Características de personalidad.                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Búsqueda de sensaciones.</li> <li>▪ Personalidad antisocial.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Actitudes favorables hacia la droga.</li> <li>- Ausencia de valores ético-morales.</li> </ul>

**Nota.** Adaptado de “*Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*”, de Becoña, E., 2002, p. 198 – 206, Madrid, España: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.

Al hablar del consumo de Sustancias Psicoactivas debemos de tener en cuenta que, aparte de los efectos en el organismo que se dan como consecuencia del consumo, existen factores que pueden ser predictores del mismo, por lo que las tablas antes mostradas, nos brindan un panorama de los posibles y más comunes Factores de Riesgo que pueden ser determinantes para un futuro consumo o abuso de ciertas sustancias.

Para hacer más factible la identificación de los Factores de Riesgo, estos han sido clasificados en cinco grandes grupos, los cuales son:

Respecto a los Factores de Riesgo Familiares, al analizar y comparar a los distintos autores citados por Becoña (2002), podemos inferir la gran similitud que existen entre las diversas teorías presentadas por Hawkins et al. (1992), Petterson et al. (1992), Moncada (1997), Pollard et al. (1997), Kumpfer et al. (1998), y Muñoz-Rivas et al. (2000) en donde coinciden que el uso de sustancias por parte de los padres u otros integrantes de la familia, así como también la actitud positiva hacia las mismas en el núcleo familiar podría fortalecer la predisposición al consumo de sustancias psicoactivas por parte de sus integrantes. En este apartado, resalta también que los conflictos dentro de la familia son factores importantes en la toma de decisión de un adolescente en su afán de evitar, escapar, o integrarse al núcleo familiar.

En cuanto a los Factores de Riesgo Comunitarios, entendemos que este engloba al círculo social maximizado en el cual el individuo suele confraternizar y conocer a sus primeros compañeros y amigos; por lo tanto, este factor de riesgo es aquel que se muestra como la normalidad en la vida de este, siendo una realidad con la cual se tendrá que enfrentar la mayor parte de su desarrollo y por lo consiguiente esta formará parte de su realidad. Por esto, Hawkins et al. (1992), Petterson et al. (1992), Moncada (1997), Pollard et al. (1997), Kumpfer et al. (1998), y Muñoz-Rivas et al. (2000) (citados por Becoña, 2002), lograron

identificar y sintetizar factores de riesgo comunes, coincidiendo en algunos como Deprivación económica y social, accesibilidad y disponibilidad de la adquisición de las sustancias psicoactivas, leyes y normas favorables para el uso de sustancias psicoactivas, y desorganización comunitaria.

Por otro lado, cuando nos referimos a los Factores de Riesgo de compañeros e iguales, Hawkins et al. (1992), Petterson et al. (1992), Moncada (1997), Pollard et al. (1997), y Muñoz-Rivas et al. (2000) (citados por Becoña, 2002), coincidieron en que el consumo de sustancias psicoactivas, y la conducta antisocial y delincuencia por parte de los pares, son factores de riesgo para el inicio consumo de sustancias psicoactivas a una temprana edad, ya que al hablar de la socialización podemos inferir el término de “grupo” y en donde la presión grupal juega un importante rol para los futuros consumidores y el conocimiento acerca de estas.

En los factores de riesgo antes mencionados, podemos notar la importancia de la familia, la comunidad y el grupo social al que pertenece un individuo, siendo este muchas veces el punto de referencia que lleva al consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos relacionados con este, por otro lado tenemos que tener en consideración que las personas pasamos por etapas en toda nuestra vida y por lo cual la educación es sumamente importante no solo por los conocimientos, sino por lo que conlleva el relacionarse con sus pares. Por esto Hawkins et al. (1992), Petterson et al. (1992), Moncada (1997), Pollard et al. (1997), Kumpfer et al. (1998), y Muñoz-Rivas et al. (2000) (citados por Becoña, 2002) respecto a los Factores de Riesgo Escolares, coinciden que el fracaso escolar acompañado del bajo rendimiento académico y los círculos sociales antes mencionados, se convierten en la referencia de factores de riesgo claros que pueden ser tanto una causa como

una consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas en la etapa escolar, lo cual podría desencadenarse en el abandono de los estudio como en conductas delictivas y antisociales.

Así también, respecto a de los Factores de Riesgo Individuales, Hawkins et al. (1992), Petterson et al. (1992), Moncada (1997), Pollard et al. (1997), Kumpfer et al. (1998), y Muñoz-Rivas et al. (2000) (citados por Becoña, 2002), presentaron ciertas diferencias en sus teorías de descripción de los factores de riesgo antes mencionados, ya que para Hawkins et al (1992) y Muñoz-Rivas et al. (2000) los factores genéticos, constitucionales, y psicológicos explican el riesgo individual de cada persona para el consumo de sustancias psicoactivas, siendo determinantes algunas características tales como poseer padres consumidores, padecimientos de problemas de salud y enfermedades mentales, edad y sexo; mientras que para Kumpfer et al. (1998) y Muñoz-Rivas et al. (2000), la necesidad de experimentación que los individuos muestran para consumir una sustancia psicoactiva, como también la necesidad de independencia propia de los adolescentes, promueven el consumo de sustancias como una búsqueda de sensaciones; mientras que Moncada (1997) y Pollard et al. (1997), mencionan que la agresividad y las conductas antisociales son factores relevantes para el consumo de sustancias.

Por tanto, resulta importante identificar los Factores de Riesgo antes mencionados para determinar métodos de intervención y prevención del consumo de las sustancias psicoactivas, y así posteriormente evitar sus consecuencias tales como conductas delictivas o antisociales, agresividad antes, durante y después del consumo de alguna sustancia, etc.

### ***Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Perú***

Es importante establecer el panorama del consumo de las SPA en nuestro país teniendo como fuente de datos e investigaciones a gran escala, por lo que CEDRO nos brinda información importante acerca de la realidad de dicha problemática en nuestro país.

Según CEDRO (2017), quien realizó una encuesta Nacional con el objetivo de realizar un estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en la población urbana peruana, en donde el 57.1% eran mujeres y el 42.9% eran hombres. El grado de instrucción se dividió en tres grupos, los cuales eran Inicial / primaria con 6.3%, Secundaria con 41.5%, y Superior con 52.2%. Las edades oscilaron entre los 12 a 65 años.

Se pudo observar que la prevalencia de la sustancia psicoactiva más consumida en el grupo de grado de instrucción superior fue el Alcohol con 85.1%, seguido de Tabaco con 59.7%, Marihuana con 9.2%, drogas Cocaínicas con 3.2%, Cocaína con 2.0% y por último el PBC con 1.8%. Por otro lado, la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas está alrededor de los 18 años para las sustancias como el Alcohol y el Tabaco, más, sin embargo, para el consumo de las demás sustancias las edades oscilan entre los 19 a 21 años (CEDRO, 2017).

Cuando nos referimos al Policonsumo, el 1.8% ha consumido al menos dos sustancias psicoactivas, el 7.4% indica que solo ha consumido una sustancia psicoactiva, y el 9.9% ha probado al menos una sustancia psicoactiva ilícita (CEDRO, 2017).

### *Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Sustancias Psicoactivas*

Espinoza en el año 2019, presentó su estudio titulado “Relación entre el consumo de Alcohol y los Esquemas Maladaptativos Tempranos en Estudiantes de una Escuela de Policía. Arequipa, 2018”, donde utilizó una muestra de 468 estudiantes del género masculino, los cuales fueron evaluados con el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT) y el YSQ-L2, donde el consumo de alcohol alto y muy alto predomina, con un 43.8% en consumo alto y un 52,35% con consumo muy alto; donde se llega a identificar que existe una prevalencia en el consumo alto y muy alto entre las edades de 18 a 24 años, notándose un decrecimiento de consumo moderado y bajo de Alcohol entre las edades 26 a 28 años. Por otro lado, Espinoza logra determinar que el Esquema Maladaptativo Temprano de Autosacrificio se relaciona con el consumo de alcohol. (Espinoza, 2019)

Por otro lado, Malacas en el año 2013, realizó un estudio en la ciudad de Lima Metropolitana que lleva por nombre “Esquemas Disfuncionales Tempranos en Consumidores de Sustancias Psicoactivas Internados en Comunidades Terapéuticas”, en el cual se utilizó el instrumento YSQ-SF conjuntamente de una ficha de datos sociodemográficos recolectados en las cuatro comunidades terapéuticas, este estudio estuvo conformado por una muestra no probabilística de 176 residentes donde las edades oscilaban entre los 18 a 65 años, Malacas logra determinar la relación significativa entre los Esquemas Disfuncionales Tempranos de Abandono, Imperfección, Vulnerabilidad, Enmarañamiento (Apego confuso/ yo inmaduro), y Autosacrificio y las edades categorizadas en esta investigación como Adolescencia (12 – 20 años), Adulthood Temprana (21 – 40 años), y Adulthood Intermediaria (41 – 65 años); por otro lado, al comparar los Esquemas Disfuncionales Tempranos y el consumo de Sustancias Psicoactivas, se puede una relación significativa entre los esquemas de Aislamiento Social,

Enmarañamiento (Apego confuso/yo inmaduro), y Autosacrificio con las Sustancias Psicoactivas comprendidas como Estimulantes, Depresoras, Alucinógenos, y Mixtas. Malacas consideró la clasificación de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2003, citado por Lastre, Gaviria y Arrieta, 2013) para poder categorizar las Sustancias Psicoactivas comprendidas en su estudio (Malacas, 2013).

Iturregui en el año 2017 realizó un estudio titulado “Esquemas Disfuncionales Tempranos y Dependencia Emocional en estudiantes Universitarios de Lima Norte – 2017”, con el objetivo de determinar la relación entre los Esquemas Disfuncionales Tempranos y la Dependencia Emocional en estudiantes universitarios, por lo cual, utiliza como muestra para su estudio a 150 estudiantes universitarios del primer ciclo de la carrera profesional de Psicología, con un rango de edad de 17 a 19 años, los cuales fueron evaluados utilizando los instrumentos YSQ – SF y el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE). En el estudio Iturregui encontró que la Dimensión Desconexión y Rechazo está presente de manera más prevalente en estudiantes del grupo de edad de 18 años (35.94%), la Dimensión Tendencia hacia el otro, evidencia prevalencia en el grupo de edad de 17 años (29.27%) y 19 años (35.36%), seguida de la Dimensión Sobrevigilancia e Inhibición mostrando prevalencia en los grupos de edad de 17 años (34.15%) y 19 años (26.67%) respectivamente. Por otro lado, en el estudio se evidencia prevalencia de Esquemas Disfuncionales Tempranos en Varones, siendo los más presentes Desconexión y Rechazo (45.2%), igualando la presencia de la Dimensión Tendencia hacia el otro, seguido de las Dimensiones Sobrevigilancia e Inhibición (38.7%) (Iturregui, 2017).

En el mismo año, Huerta, Miljanovich, Aliaga, Campos, Ramírez, Delgado, & Murillo realizaron un estudio que lleva por nombre “Esquemas disfuncionales tempranos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios, según carrera profesional de una

universidad pública de la ciudad de Lima”, en el cual se utilizó una muestra de 510 estudiantes universitarios de pertenecientes a las carreras profesionales de Ciencias de la Salud e Ingeniería, a los cuales se les aplicó una ficha sociodemográfica, y los instrumentos tales como el YSQ-S3 y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). En el estudio se encuentra correlación significativa y positiva entre los Esquemas disfuncionales tempranos Privación Emocional, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol y Búsqueda de Aprobación / búsqueda de reconocimiento con respecto al consumo de Alcohol. También logran identificar al grupo de estudiantes pertenecientes a las carreras profesionales de Ciencias de la Salud como un grupo de consumo de riesgo que muestra prevalencia del esquema Auto – sacrificio, y el grupo perteneciente a Ingeniería donde prevalecen los esquemas Dependencia / incompetencia y Subyugación. Por último, evidencian prevalencia de Consumo de Riesgo de Alcohol más alto en los estudiantes pertenecientes a las carreras profesionales de Ingeniería en comparación con los estudiantes de Ciencias de la Salud. (Huerta et al., 2017).

Un año después, Saavedra buscó determinar la relación en su estudio titulado “Esquemas desadaptativos tempranos y Riesgo de recaída en Internos de comunidades terapéuticas de Lambayeque, 2018”, el cual fue aplicado a una muestra de 127 internos de seis diferentes comunidades terapéuticas, a los cuales se les administró los instrumentos YSQ-SF y el Cuestionario de riesgo de recaída Aware 3.0. Saavedra evidencia la prevalencia de Esquemas desadaptativos tempranos según el consumo de las sustancias psicoactivas consideradas en su estudio, donde el esquema Privación Emocional mostró mayor prevalencia en internos por consumo de PBC, el esquema de Fracaso y Autosacrificio fue predominante en internos por consumo de alcohol, el esquema Estándares Inflexibles (Metas inalcanzables / hipercriticismo) prevaleció en multiconsumidores, mientras que, el esquema Desconfianza se mostró predominante en el grupo de internos por consumo de cocaína y

marihuana, encontrándose también este último, afín al esquema de Aislamiento social como esquema predominante (Saavedra, 2018).

En el año 2019, Gargurevich buscó identificar las diferencias significativas en su estudio titulado “Esquemas Tempranos Mal Adaptativos en jóvenes con Educación Superior Pertenecientes y No Pertenecientes a las Fuerzas Armadas”, en el cual se enfocó en dos grupos, por lo cual, utilizó una muestra de 103 participantes pertenecientes a una universidad privada de Lima y 102 participantes de una escuela militar, donde las edades oscilaban entre los 17 a 25 años; y los cuales fueron evaluados con el instrumento YSQ– SF. Gargurevich logra identificar la prevalencia de 4 de 15 Esquemas Tempranos Mal Adaptativos en el grupo de participantes pertenecientes a una universidad Privada de Lima, donde los esquemas identificados fueron Grandiosidad, Normas inalcanzables, Inhibición emocional y Autosacrificio; y se hizo una mención a los estudiantes de la Carrera profesional de Psicología los mostraron una mayor prevalencia en el Esquema Mal Adaptativo Autosacrificio a comparación de otros (Gargurevich, 2019).

Sulca en el año 2019, buscó determinar el nivel de predominancia de esquemas en su estudio titulado “Esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman de Tacna, periodo 2019”, donde trabajó con un enfoque cuantitativo no experimental, tipo descriptivo, utilizando una población conformada por 180 estudiantes universitarios de la Escuela Profesional de Obstetricia de los ciclos impares (primer al noveno ciclo), en donde las edades oscilaban de los 16 a 25 años. La población fue evaluada con el YSQ – SF (1998). Sulca en esta investigación concluye que su población presenta niveles moderados (78%) y altos (1%) con respecto a los esquemas maladaptativos tempranos, donde resalta que las Dimensiones

Sobrevigilancia e Inhibición muestra una prevalencia del 89%, seguida de un 82% en la Dimensión Tendencia hacia el Otro (Sulca, 2019).

Por otro lado, respecto a investigaciones internacionales, en el año 2010, Gantiva, Bello, Vanegas, y Sastoque, en Colombia, en su estudio titulado “Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios”, el cual tuvo una muestra 359 estudiantes universitarios pertenecientes a una universidad privada de privada en Bogotá, en donde se utilizó para evaluar el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L<sub>2</sub>). Gantiva et al. llega a determinar la prevalencia del consumo de Alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en el género Femenino. Por otro lado, también logran identificar una correlación entre el consumo de Alcohol y los esquemas de Abandono, Autocontrol insuficiente, Desconfianza, Vulnerabilidad, Derecho/ grandiosidad, Autosacrificio y Entrampamiento (Apego confuso/yo inmaduro) (Gantiva et al., 2010)

Cinco años más tarde, en el año 2015, Urrego en su estudio titulado “Relación entre esquemas maladaptativos temprano y el consumo de sustancias psicoactivas”, en donde utilizó una muestra de 70 estudiantes universitarios del primer y segundo semestre de la carrera profesional de Psicología, en donde las edades de los participantes oscilaban entre los 16 a 40 años; se les aplicó el instrumento YSQ-L<sub>2</sub> y una encuesta para identificar el consumo de Sustancias Psicoactivas; Urrego logra identificar que las sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco, cocaína, y marihuana muestra una mayor prevalencia en los esquemas de Abandono, Insuficiente autocontrol / autodisciplina, Desconfianza / abuso, Privación emocional y Estándares inflexibles ( Urrego, 2015).

## Hipótesis

Existen relaciones estadísticamente significativas entre los esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa – 2019.



## Capítulo II

### Diseño Metodológico

#### Tipo o Diseño Metodológico

La presente investigación es cuantitativa, de tipo no experimental, con diseño transversal correlacional, pues estudia la relación entre las variables presentadas esquemas precoces desadaptativos y consumo de riesgo de sustancias psicoactivas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

#### Técnicas e Instrumentos

Para la realización del presente estudio se utilizó como técnica la encuesta. Por tanto, se aplicarán tres instrumentos para la medición de las variables del estudio, los cuales se detallan a continuación:

#### *Ficha Sociodemográfica*

Se elaboró una ficha sociodemográfica con la finalidad de recolectar otros datos de los participantes que no estuvieron incluidos en el resto de instrumentos utilizados en el presente estudio, lo cual permitió procesar la información en pos de responder los objetivos específicos contemplados, así como también enriquecer la diversidad de información obtenida.

Dicha ficha sociodemográfica, contempló datos tales como la edad, el sexo, facultad a la que pertenecen cada participante, al igual que la carrera profesional de estudio específica, semestre cursado y la cantidad de créditos que estaba llevando cada participante. Sin embargo, si bien es cierto se recogieron los datos mencionados, no todos fueron considerados

durante el procesamiento de la información dado que se dio prioridad a aquellos que se consideró más relevantes para la investigación.

### *Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3)*

Para la evaluación de los esquemas precoces desadaptativos, se utilizó la traducción española de la tercera versión abreviada del Cuestionario de Esquemas de Jeffrey Young desarrollado en 2005 (Young Schema Questionnaire – Short Form, 3rd Edition), en la adaptación peruana por Matute (2019), para su investigación de las propiedades psicométricas de dicho cuestionario en muestras peruanas.

El cuestionario mencionado consta de 90 reactivos, cada uno de los cuales está estructurado en una escala tipo Likert de seis niveles que van desde “*Totalmente falso en mi*” hasta “*Me describe perfectamente*”, de los que el sujeto debía escoger el nivel que exprese mejor que tan de acuerdo se encuentra con las afirmaciones de formas de auto descripción presentadas por el instrumento. Los resultados de este cuestionario se agrupan en 18 factores, los cuales corresponden a los esquemas precoces desadaptativos del modelo teórico de Young, donde los más altos puntajes serán indicadores de una mayor presencia de cada esquema en el sujeto evaluado, obteniéndose un rango de puntajes entre 5 y 30 por cada factor. Los factores que componen el instrumento son: Abandono / inestabilidad, Desconfianza / abuso, Privación emocional, Imperfección / vergüenza, Aislamiento social / alienación, Dependencia / incompetencia, Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, Apego confuso / yo inmaduro, Fracaso, Grandiosidad / autorización, Insuficiente autocontrol, Subyugación, Auto-sacrificio, Búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento, Negatividad / pesimismo, Inhibición emocional, Metas inalcanzables / hipercriticismo, y Castigo.

Respecto a la validez del presente instrumento, Matute (2019) en su investigación acerca de las propiedades psicométricas del YSQ-S3, determinó evidencias de validez vinculada al contenido, a través del juicio de 12 expertos mediante el índice de V de Aiken 0.80, con un nivel de significancia de  $p < 0.05$ , quienes recomendaron la modificación de cuatro ítems de la versión traducida al español en relación al criterio de claridad de redacción, frente a lo cual, posterior a la mencionada modificación, hubo una aceptación homogénea y absoluta de los mismos, lo cual permitió la aplicación de la adaptación peruana del instrumento, para la investigación de la autora mencionada.

Así también, Matute (2019) determinó evidencias de validez de estructura interna, tras el análisis de 5 modelos de factores del YSQ-S3 a través de un Análisis Factorial Confirmatorio para el ajuste global de la matriz de datos utilizada por la autora, y el índice de Bentler en su versión robusta, el índice de Tucker-Lewis en su versión robusta, el error cuadrático medio de aproximación en su versión robusta y la raíz del residuo estandarizado medio en su versión robusta, para determinar el ajuste Global de cada modelo, donde halló índices de ajuste adecuados en el modelo de Esquemas de Primer Orden o de 18 Factores, el mismo que fue utilizado en la presente investigación.

Por otro lado, respecto a la fiabilidad del instrumento, Matute (2019) halló una confiabilidad satisfactoria de los ítems de cada factor, obteniendo puntajes entre 0.70 y 0.90 mediante el coeficiente de Omega.

Mientras que para la presente investigación, se realizó el análisis de la misma a partir de los resultados obtenidos en la aplicación de dicho instrumento, donde se evidenció un nivel adecuado de consistencia interna a través del coeficiente de Alpha de Cronbach ( $\alpha > 0.70$ ) para todos los Esquemas Precoces Desadaptativos, a excepción del esquemas

Dependencia / incompetencia y Apego confuso / yo inmaduro, tal como se observa en la

Tabla 1.

**Tabla 1**

*Confiabilidad del Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3)*

Esquemas Precoces Desadaptativos	Alfa de Cronbach
Abandono / inestabilidad	0.84
Desconfianza / abuso	0.83
Privación emocional	0.81
Imperfección / vergüenza	0.78
Aislamiento social / alienación	0.73
Dependencia / incompetencia	0.67
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	0.76
Apego confuso / yo inmaduro	0.67
Fracaso	0.87
Grandiosidad / autorización	0.79
Insuficiente autocontrol	0.77
Subyugación	0.82
Auto-sacrificio	0.81
Búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento	0.80
Negatividad / pesimismo	0.86
Inhibición emocional	0.82
Metas inalcanzables / hipercriticismo	0.71
Castigo	0.75

Adicionalmente, para la interpretación de los datos, y a fin de la categorización dicotómica como ausencia o presencia de cada esquema, se realizó un baremo con los puntajes obtenidos en la presente investigación, estableciendo como punto de corte al percentil 75 para todos los esquemas, a partir del cual se consideró como predominantemente presente el esquema precoz desadaptativo correspondiente.

Dicha distribución se llevó a cabo, teniendo en cuenta lo recomendado por Young (2005) donde a mayor sea el puntaje obtenido en cada esquema, mayor es su presencia en el evaluado. Lo cual concuerda con lo mencionado con Matute (2019), donde los puntajes mayores de 5 en cada ítem deben ser explorados a mayor detalle, pues podrían indicar la presencia del esquema precoz desadaptativo en el evaluado.

Así también, posterior a la elaboración del baremo (Anexo 6), los puntos de corte utilizados para la interpretación de los resultados obtenidos, son lo que se pueden apreciar en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Puntos de corte correspondientes a los Esquemas Precoces Desadaptativos*

Esquemas Precoces Desadaptativos	Ausencia	Presencia
Abandono / inestabilidad	0-11	12 a más
Desconfianza / abuso	0-14	15 a más
Privación emocional	0-10	11 a más
Imperfección / vergüenza	0-10	11 a más
Aislamiento social / alienación	0-12	13 a más
Dependencia / incompetencia	0-9	10 a más
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	0-12	13 a más
Apego confuso / yo inmaduro	0-11	12 a más
Fracaso	0-9	10 a más
Grandiosidad / autorización	0-16	17 a más
Insuficiente autocontrol	0-14	15 a más
Subyugación	0-9	10 a más
Auto-sacrificio	0-15	16 a más
Búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento	0-16	17 a más
Negatividad / pesimismo	0-15	16 a más
Inhibición emocional	0-14	15 a más
Metas inalcanzables / hipercriticismo	0-20	21 a más
Castigo	0-13	14 a más

Finalmente, es importante mencionar que tanto el baremo realizado como los puntos de corte propuestos, son únicamente útiles para la interpretación de los resultados de la presente investigación; por lo que en caso de ser utilizados para otros fines se deberá tener en cuenta las características de nuestra población de estudio, debiéndose realizar un análisis específico en caso se aplique en otra población.

***Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)***

Esta prueba fue desarrollada por un grupo de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo la supervisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la problemática que se presenta en el mundo acerca del consumo de sustancias psicoactivas y

lo que éstas causan en las personas que las consumen, donde dicho instrumento tiene como objetivo identificar el grado de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en cada sujeto de evaluación.

El ASSIST v3.1 consta de 8 reactivos que abarcan 10 sustancias psicoactivas: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Anfetaminas, Inhalantes, Sedantes, Alucinógenos, Opiáceos y otras drogas, así también dicho cuestionario ha sido validado para poblaciones adultas cuyas edades oscilen entre 18 a 60 años y ha demostrado ser un cuestionario neutro culturalmente, lo cual permite su aplicación en una gran diversidad de poblaciones sin hacer necesario modificaciones específicas (OMS, 2011).

La puntuación se obtuvo mediante la sumatoria por cada sustancia, de los ítems correspondientes de las preguntas 2, 3, 4, 5, 6, y 7, donde dicha puntuación fue clasificada bajo las categorías de consumo de riesgo “Bajo”, “Moderado” o “Alto”. La pregunta número 1 no fue puntuada, debido a que esta pregunta funciona como un tamizaje de identificación del consumo de las sustancias contempladas dentro de la prueba, y que determinó las sustancias sobre las cuales se debía responder en el resto de reactivos. Es así que las preguntas 2, 3, 4 y 5, indagan el consumo de cada sustancia, con el enunciado principal “*En los últimos tres meses*”, donde las respuestas son agrupadas en una escala Likert cuyos niveles son “*Nunca*” (0), “*Una o dos veces*” (2), “*Mensualmente*” (3), “*Semanalmente*” (4), “*Diariamente o casi diariamente*” (6); por otro lado, las preguntas 6, 7 y 8 poseen como enunciado principal “*Alguna vez*” las cuales indagan sobre el consumo y las repercusiones percibidas por los propios evaluados relacionadas con el consumo de cada sustancia mencionada en la prueba, donde las respuestas con agrupadas en una escala Likert cuyos niveles son “*No, Nunca*” (0), “*Sí, en los últimos tres Meses*” (6) y “*Sí, pero no en los últimos 3 meses*” (3).

El ASSIST v3.1 hace referencia a tres tipos de Consumo de Riesgo, tales como bajo, moderado y alto, lo cual categoriza a los evaluados en diferentes grupos de consumo de riesgo.

Cuando el resultado refiere al Consumo de Riesgo Bajo, el evaluado debe obtener de “0 – 10 puntos” en la sustancia Alcohol y “0 – 3 puntos” en las demás sustancias; por tanto, el Consumo de Riesgo Bajo indica que las personas que consumen cierta sustancia o sustancias suele ser de manera poco habitual y en un porcentaje mínimo, sirviendo como un predictor de probabilidades muy bajas a desarrollar un consumo problemático y que esto no afecte en su vida (OMS, 2011).

Por otro lado, el Consumo de Riesgo Moderado se obtiene del resultado de la sumatoria de puntos comprendidos entre “11 – 26 puntos” para la sustancia Alcohol y de “4 – 26 puntos” para las demás sustancias; es así que, cuando nos referimos al Consumo de Riesgo Moderado este contiene predicciones más alarmantes como problemas de salud debido a la frecuencia de consumo de ciertas sustancias, probabilidad de dependencia de sustancias, y el aumento de dificultades en la vida del consumidor (OMS, 2011).

Por último, tenemos al Consumo de Riesgo Alto, el cual es obtenido del resultado de la sumatoria de puntuación la cual está comprendida de “27 a más puntos”; esto indica que el consumidor presenta dependencia por el consumo de cierta sustancia psicoactiva a un nivel alarmante el cual afecta al consumidor ya que comprometen a distintos factores tales como la salud física, social, personal, económica o legal (OMS, 2011).

Respecto a la validez del presente instrumento, según Humeniuk et al.(2008, citado por Arango, 2018) para la determinación de la misma, se procedió a través de dos fases, de las cuales la primera tuvo como objetivo determinar la confiabilidad mediante una prueba de test-retest en los años 1997 y 1998, para posteriormente en la segunda fase en los años 2000 y

2002, analizar la validez concurrente predictiva y discriminativa a través de una muestra de 1047 participantes de América Latina y Europa, donde los resultados evidenciaron una consistencia interna superior a 0.80 y correlaciones significativas entre el mencionado instrumento y otros similares tales como ASI-Lite, SDS, AUDIT, y RTQ con coeficientes de correlación entre 0.59 y 0.88. Así también, se obtuvo evidencias de validez de constructo con coeficientes de correlación entre 0.48 y 0.76, y evidencias de validez discriminante adecuada entre el uso, abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas.

Así también, respecto a la confiabilidad del instrumento, se realizó el análisis de la misma a partir de los resultados obtenidos en la aplicación para la presente investigación, donde se evidenció un nivel adecuado de consistencia interna a través del coeficiente de Alpha de Cronbach ( $\alpha > 0.70$ ) solo en las sustancias Tabaco, Alcohol, Cannabis, y Sedantes.

**Tabla 3**

*Confiabilidad de la Prueba de Detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)*

Sustancias Psicoactivas	Alfa de Cronbach
Tabaco	0.82
Alcohol	0.76
Cannabis	0.76
Cocaína	0.52
Estimulantes de Tipo Anfetamina	0.60
Inhalantes	0.43
Sedantes	0.81
Alucinógenos	0.48
Opiáceos	0.48
Otros drogas	0.22

Finalmente, todos los puntajes objetivos fueron interpretados según las categorías propuestas en el manual del instrumento, las cuales se pueden observar en el Cuadro 3 (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Manual de Prueba de Detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas [ASSIST v3.1], 2011).

### Cuadro 3

*Puntuación y Calificación de la Prueba de Detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST v3.1)*

Sustancias Psicoactivas	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
Alcohol	0 – 10	11 – 26	27 +
Tabaco	0 – 3	4 – 26	27 +
Cannabis	0 – 3	4 – 26	27 +
Cocaína	0 – 3	4 – 26	27 +
Estimulantes de Tipo Anfetamina	0 – 3	4 – 26	27 +
Inhalantes	0 – 3	4 – 26	27 +
Sedantes	0 – 3	4 – 26	27 +
Alucinógenos	0 – 3	4 – 26	27 +
Opiáceos	0 – 3	4 – 26	27 +
Otras Drogas	0 – 3	4 – 26	27 +

**Nota.** Adaptado de “Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1), Manual para uso en la atención primaria” OMS, 2011, p. 49, España: Organización Panamericana de la Salud.

### Población

La población estuvo constituida por 14101 estudiantes de Pre – Grado de la Universidad Católica de Santa María ubicada en la Ciudad de Arequipa, según las estadísticas del año 2018 reportadas en el portal institucional de la universidad mencionada.

### Muestra

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, dado que se consideró a los sujetos de estudio en base a la accesibilidad de los mismos según los criterios de inclusión descritos en el apartado correspondiente (Otsen & Manterola, 2017); así también, se buscó representar la distribución de estudiantes según Facultades en base a la estadística de los estudiantes matriculados en el año 2018.

Siendo así, la muestra estuvo compuesta por 442 estudiantes de la Universidad Católica de Santa María, de los cuales el 58,1 % eran del género Femenino, y el 41,9% del

género Masculino, mientras que las edades de los participantes estuvieron comprendidas entre 17 y 25 años.

**Tabla 4**

*Distribución de la muestra según Datos Sociodemográficos*

Datos Sociodemográficos	Nº	%
<b>Edad</b>		
17 – 19	206	46,6
20 – 22	178	40,3
23 – 25	58	13,1
<b>Género</b>		
Femenino	257	58,1
Masculino	185	41,9
<b>Facultad</b>		
Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente	27	6,1
Ciencias Contables y Financieras	26	5,9
Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas	20	4,5
Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales	99	22,4
Ciencias Económico Administrativas	56	12,7
Ciencias Farmacéuticas, Bioquímicas y Biotecnológicas	17	3,8
Ciencias Jurídicas y Políticas	54	12,2
Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades	67	15,2
Enfermería	9	2,0
Medicina Humana	35	5,2
Obstetricia y Puericultura	9	2,0
Odontología	23	5,2
<b>Total</b>	<b>442</b>	<b>100</b>

***Criterios de Inclusión***

Para la presente investigación, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

Estudiantes de pre – grado de la Universidad Católica de Santa María, matriculados del 1<sup>er</sup> al 10<sup>mo</sup> semestre en las diversas carreras profesionales específicas, que decidieron participar voluntariamente en la investigación, y se encontraban en el campus de la universidad al momento de la evaluación.

Estudiantes de pre – grado de la Universidad Católica de Santa María, cuyas edades oscilaban entre los 17 y 25 años.

Estudiantes de pre – grado de la Universidad Católica de Santa María, cuyos docentes y autoridades permitieron acceso a sus salones de clases para la evaluación de los participantes interesados.

### ***Criterios de exclusión***

Estudiantes de la Universidad Católica de Santa María, cuyas edades no oscilaban entre los 17 años a 25 años.

Estudiantes de la Universidad Católica de Santa María que no deseaban participar voluntariamente de la investigación.

Estudiantes de la Universidad Católica de Santa María, que se encontraban fuera del campus universitario o cuyos docentes y autoridades no brindaron la autorización para la aplicación de las pruebas en sus respectivos salones de clase.

### **Estrategia de Recolección de Datos**

En principio, para la realización de la investigación se contactó a las autoridades correspondientes por medio de una solicitud entregada a Mesa de Partes de la Universidad Católica de Santa María, la cual indicaba el propósito de la investigación y la cantidad necesaria de estudiantes para la realización de la presente investigación.

Una vez se obtuvo el permiso a nombre del Vicerrectorado Académico, el cual tenía una vigencia de 15 días hábiles, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos descritos en la presente investigación, principalmente a los estudiantes universitarios de pre – grado que decidieron participar voluntariamente en la investigación y cuyos docentes dieron su

autorización para el ingreso a los salones de clase, luego de conversar brevemente acerca del interés y objetivo de la investigación tanto con los docentes, como con los estudiantes. Así también, se aplicó los instrumentos a algunos estudiantes con disposición a participar en la investigación, quienes se encontraban en las áreas comunes del campus universitario y que pertenecían a las facultades de las cuales se tenía pendiente alcanzar la meta correspondiente según la distribución estimada de la muestra, lo cual fue sobretodo en casos excepcionales donde los docentes no otorgaron la autorización para la aplicación de los instrumentos en las aulas.

Por otro lado, al momento de la aplicación de las pruebas, se informó a los estudiantes que la participación era voluntaria y anónima, y se procedió a distribuir el “Acta de Consentimiento Informado” (Anexo 3), y los instrumentos tales como la Ficha Sociodemográfica, el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ- S3) y la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST v3.1) (Anexos 4, 5, y 6).

Finalmente, para asegurar la correcta realización de los instrumentos por parte de los estudiantes y como incentivo para su participación, se obsequió un lapicero negro a cada participante de la investigación.

### **Criterios de Procesamiento de la Información**

Una vez realizada la recolección de información y datos requeridos, se procedió a compilar todos los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos a los participantes de la investigación, a través de la construcción de una matriz de datos brutos en el programa Microsoft Excel, lo cual permitió posteriormente sistematizar y automatizar la corrección de los mismos.

Cabe mencionar, que solo se consideraron para la compilación y procesamiento de información, a los cuestionarios que poseían la firma adecuada del consentimiento informado, que estaban resueltos completamente, y que tenían los datos sociodemográficos completos.

Por otro lado, para el procesamiento de los datos, se transfirió los resultados obtenidos y los datos en bruto compilados en la matriz antes mencionada, al programa IBM SPSS desde el cual se realizaron diversos análisis en base a los objetivos establecidos, para ser expresados posteriormente en las distintas tablas que aparecen en la presente investigación.

Finalmente, se utilizó la estadística descriptiva para expresar las frecuencias y prevalencias respecto a las variables del estudio y otros datos relevantes; mientras que se utilizó la estadística inferencial para los objetivos planteados en el presente estudio que buscaban determinar relaciones, para lo cual se realizaron distintos agrupamientos de información, en pos de enriquecer la diversidad de resultados obtenidos, tales como la consideración de policonsumidores, multipresencia de esquemas, conjunción de Consumo de Riesgo Alto y Medio para su comparación con las variables sociodemográficas, entre otros.

### Capítulo III

#### Resultados

**Tabla 5**

*Distribución de la muestra según los Esquemas Precoces Desadaptativos*

Esquemas Precoces Desadaptativos	Ausencia		Presencia	
	N°	%	N°	%
Abandono / inestabilidad	311	70.4	131	<b>29.6</b>
Desconfianza / abuso	322	72.9	120	<b>27.1</b>
Privación emocional	344	77.8	98	22.2
Imperfección/ vergüenza	339	76.7	103	23.3
Aislamiento social / alienación	356	<b>80.5</b>	86	19.5
Dependencia / incompetencia	338	76.5	104	23.5
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	352	<b>79.6</b>	90	20.4
Apego confuso / yo inmaduro	357	<b>80.8</b>	85	19.2
Fracaso	340	76.9	102	23.1
Grandiosidad / autorización	333	75.3	109	24.7
Insuficiente autocontrol	333	75.3	109	24.7
Subyugación	352	79.6	90	20.4
Auto-sacrificio	336	76.0	106	24.0
Búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento	353	<b>79.9</b>	89	20.1
Negatividad / pesimismo	333	75.3	109	24.7
Inhibición emocional	335	75.8	107	24.2
Metas inalcanzables / hipercriticismo	340	76.9	102	23.1
Castigo	340	76.9	102	23.1

En Tabla 5, se observa que los esquemas precoces desadaptativos más presentes en nuestra muestra son los esquemas abandono / inestabilidad con 29.6% y desconfianza / abuso con el 27,1%.

Por otro lado, los esquemas precoces desadaptativos más ausentes en nuestra muestra son los esquemas apego confuso / yo inmaduro con 80,8%, aislamiento social / alienación con 80,5%, búsqueda de aprobación o búsqueda de reconocimiento con 79,9% y vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad con 79,6%.

**Tabla 6**

*Distribución de la muestra según la presencia y multipresencia de los Esquemas Precoces*

*Desadaptativos*

<b>Esquemas Precoces Desadaptativos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<i>Presencia de Esquemas</i>		
Al menos uno	371	83.9
Ninguno	71	16.1
<i>Multipresencia de Esquemas</i>		
1 Esquema	49	11.1
2 Esquemas	41	9.3
3 Esquemas	55	12.4
4 Esquemas	47	10.6
5 Esquemas	33	7.5
6 Esquemas	38	8.6
7 Esquemas	20	4.5
8 Esquemas	32	7.2
9 Esquemas	27	6.1
10 Esquemas	12	2.7
11 Esquemas	8	1.8
12 Esquemas	4	0.9
13 Esquemas	1	0.2
14 Esquemas	3	0.7
15 Esquemas	1	0.2
16 Esquemas	0	0.0
17 Esquemas	0	0.0
18 Esquemas	0	0.0

En la Tabla 6, se observa que el 16.1% de la muestra no presentó alguno de los 18 esquemas precoces desadaptativos evaluados, mientras que el 11.1% presentó solo un esquemas precoz desadaptativo.

Así también, en base a la naturaleza no mutuamente excluyente de la variable esquemas precoces desadaptativos se evidenció que el 66.2% de la muestra presentaba entre dos y nueve esquemas, y el 6.5% presentó de diez a más Esquemas Precoces Desadaptativos.

**Tabla 7**

*Distribución de la muestra según el Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas*

Sustancias Psicoactivas	Consumo de Riesgo					
	Bajo		Moderado		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tabaco	266	60.2	156	35.3	20	4.5
Alcohol	255	57.7	157	35.5	30	6.8
Cannabis	384	86.9	55	12.4	3	0.7
Cocaína	437	98.9	5	1.1	0	0.0
Estimulantes de Tipo Anfetamina	437	98.9	5	1.1	0	0.0
Inhalantes	434	98.2	8	1.8	0	0.0
Sedantes	404	91.4	34	7.7	4	0.9
Alucinógenos	437	98.9	5	1.1	0	0.0
Opiáceos	438	99.1	4	0.9	0	0.0
Otras Drogas	442	100.0	0	0.0	0	0.0

En la Tabla 7 se observa que las sustancias psicoactivas que presentan una mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado respecto a las demás sustancias analizadas son el alcohol con 42.3% (A=6.8%, M=35.5%), tabaco con 39.8% (A=4.5%, M=35.3%), cannabis con 13.1% (A=0.7%, M=12.4%) y sedantes con 8.6% (A=0.9%, M=7.7%).

Por otro lado, las sustancias que presentan una mayor prevalencia de consumo de riesgo bajo de respecto a las demás son otras drogas con 100.0%, opiáceos con 99.1, cocaína con 98.9%, estimulantes de tipo anfetamina con 98.9%, alucinógenos con 98.9% e inhalantes con 98.2%.

Es así que, dada la nula prevalencia de consumo de riesgo de las sustancias consideradas como otras drogas, se omitió el análisis y presentación de dicha categoría de sustancia en el resto de tablas del capítulo de resultados.

**Tabla 8**

*Distribución de la muestra según el consumo y policonsumo de Sustancias Psicoactivas*

Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas	Nº	%
Consumo de Sustancias Psicoactivas		
Al menos una vez	412	93.2
Nunca	30	6.8
Cant. Sustancias C.R. Moderado y Alto		
0 Sustancias	184	41.6
1 Sustancia	108	24.4
2 Sustancias	96	21.7
3 Sustancias	40	9.0
4 Sustancias	8	1.8
5 Sustancias	2	0.5
6 Sustancias	4	0.9
7 Sustancias	0	0.0
8 Sustancias	0	0.0
9 Sustancias	0	0.0
10 Sustancias	0	0.0

En la Tabla 8, se puede observar la distribución de la muestra según la declaración de los participantes de nunca o alguna vez haber consumido al menos una sustancia psicoactiva a lo largo de su vida, de la cual se obtuvo que el 93.2% consumió alguna vez al menos una sustancia.

Por otro lado, en la misma tabla se evidencia también que la distribución de la muestra según la cantidad de Sustancias Psicoactivas consumidas declaradas por los participantes, cuyo consumo de riesgo es moderado o alto, se obtuvo que, el 24.4% consume solo una sustancia, mientras que el 33.9% consume entre 2 y 6 sustancias.

Tabla 9

*Relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y el Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas*

Esquemas Precoces Desadaptativos	Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas																	
	Tabaco		Alcohol		Cannabis		Cocaína		Estimulantes de Tipo Anfetamina		Inhalantes		Sedantes		Alucinógenos		Opiáceos	
	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P
Abandono / inestabilidad	4.68	0.09	11.9	<b>0.03*</b>	1.39	0.49	0.22	0.63	6.15	<b>0.01*</b>	0.24	0.62	4.6	1.00	0.26	0.61	0.8	0.37
Desconfianza / abuso	6.49	<b>0.03*</b>	11.81	<b>0.00*</b>	0.52	0.77	0.42	0.51	0.13	0.71	5.15	<b>0.02</b>	4.67	0.09	0.13	0.71	1.5	0.22
Privación emocional	6.52	<b>0.03*</b>	5.64	<b>0.05*</b>	1.48	0.77	0.93	0.33	0.01	0.90	1.11	0.21	6.87	<b>0.03*</b>	1.44	0.23	0.01	0.89
Imperfección / vergüenza	4.62	0.09	13.52	<b>0.00*</b>	5.37	0.06	0.78	0.37	3.81	<b>0.05*</b>	3.25	0.07	2.44	0.29	0.78	0.37	0	0.93
Aislamiento social / alienación	3.83	0.14	1.07	0.58	7.65	<b>0.02*</b>	5.3	<b>0.02*</b>	0	0.97	9.63	<b>0.02*</b>	2.43	0.29	0	0.97	2.4	0.12
Dependencia / incompetencia	8.24	<b>0.01*</b>	4.9	0.08	3.13	0.21	0.76	0.38	16.03	<b>0.00*</b>	6.87	<b>0.01*</b>	2.22	0.32	0.03	0.85	0	0.94
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	4.54	0.10	3.48	0.17	0.78	0.67	1.2	0.27	4.9	<b>0.03*</b>	4.41	<b>0.03*</b>	0.77	0.68	4.9	<b>0.02*</b>	0.05	0.81
Apego confuso / yo inmaduro	3.57	0.16	5.68	<b>0.05*</b>	1.21	0.54	1.2	0.27	5.41	<b>0.02*</b>	1.75	0.18	8.16	<b>0.01*</b>	0	0.96	0.08	0.76
Fracaso	9.92	<b>0.00*</b>	13.33	<b>0.00*</b>	6.74	<b>0.03*</b>	0.82	0.36	9.23	<b>0.00*</b>	12.77	<b>0.00*</b>	1.75	0.41	3.88	<b>0.04*</b>	0	0.92
Grandiosidad / autorización	1.69	0.43	4.23	0.12	3.1	0.21	0.64	0.42	0.64	0.42	0.64	0.42	3.47	0.17	3.39	0.06	0	0.98
Insuficiente autocontrol	0.13	0.93	6.77	<b>0.03*</b>	2.91	0.23	1.65	0.19	8.33	<b>0.00*</b>	0.72	0.39	6.82	<b>0.03*</b>	1.65	0.19	1.32	0.25
Subyugación	7.1	<b>0.02*</b>	11.01	<b>0.00*</b>	6.33	<b>0.04*</b>	0	0.98	4.9	<b>0.03*</b>	4.41	<b>0.03*</b>	3.11	0.21	0	0.98	0.05	0.81
Auto-sacrificio	0.78	0.67	4.73	0.09	1.14	0.56	0.04	0.83	0.71	0.39	0.82	0.36	4.11	0.12	0.04	0.83	1.27	0.25
Búsqueda de aprobación / búsq. reconocimiento	1.96	0.37	7.25	<b>0.02*</b>	0.85	0.65	1.24	0.26	1.27	0.25	0.12	0.73	2.25	0.32	0	0.99	0.05	0.80
Negatividad pesimismo	3.84	0.14	4.26	0.11	1.19	0.55	0.06	0.80	0.05	0.80	0	0.98	1.68	0.43	0.05	0.80	1.32	0.25
Inhibición emocional	1.33	0.51	0.21	0.89	0.73	0.69	0.68	0.40	0.05	0.82	0	0.95	2.06	0.35	0.04	0.82	1.28	0.25
Metas inalcanzables / hipercriticismo	0.08	0.95	0.84	0.65	1.08	0.58	0.03	0.87	0.03	0.87	2.44	0.11	2.21	0.33	0.02	0.87	1.21	0.27
Castigo	1.72	0.42	4.7	0.09	0.39	0.82	0.03	0.87	16.85	<b>0.00*</b>	0.95	0.33	6.44	<b>0.04*</b>	0.81	0.36	6.13	<b>0.01*</b>

**Nota.** La presente tabla, compila los coeficientes de Chi cuadrado y significancias obtenidas producto del análisis de la relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y el Consumo de Riesgo de Sustancia Psicoactivas; las tablas cruzadas específicas de cada una de las relaciones se encuentran en los Anexos 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, y 16.

\*Relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ )

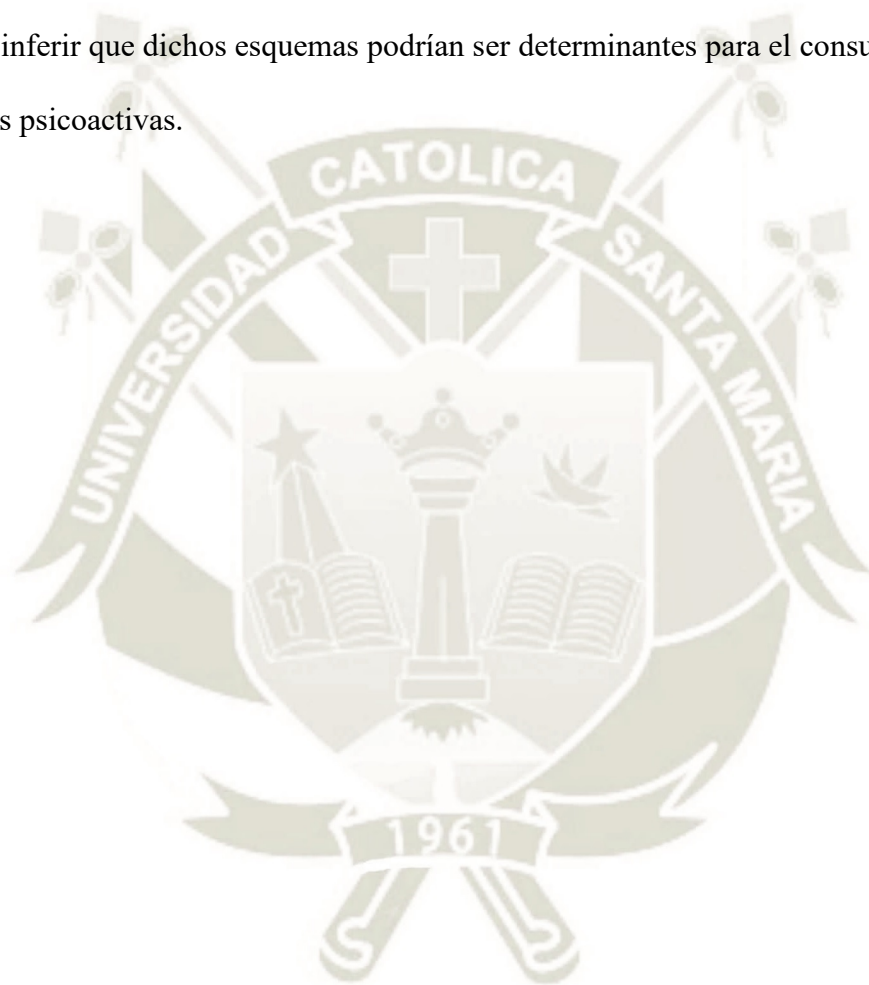
Como se puede observar en la Tabla 9, a partir de la aplicación del estadístico chi cuadrado entre la variable esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de nueve de las sustancias psicoactivas consideradas en la presente investigación se hallaron diversas relaciones estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre el consumo de riesgo de dichas sustancias y algunos de los esquemas.

Es así que, el consumo de riesgo de alcohol fue la sustancias que presentó mayor cantidad de relaciones estadísticamente significativas con la variable esquemas precoces desadaptativos, siendo estas relaciones con esquemas abandono / inestabilidad ( $p=0.03$ ), desconfianza/abuso ( $p=0.00$ ), privación emocional ( $p=0.05$ ), sentimiento de imperfección/vergüenza ( $p=0.00$ ), apego confuso / yo inmaduro ( $p=0.05$ ), fracaso ( $p=0.00$ ), insuficiente autocontrol ( $p=0.03$ ), subyugación ( $p=0.00$ ), y la búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento ( $p=0.02$ ). así también se evidenció relaciones estadísticamente significativas entre los esquemas desconfianza / abuso ( $p=0.03$ ), privación emocional ( $p=0.03$ ), dependencia / incompetencia ( $p=0.01$ ), fracaso ( $p=0.00$ ) y subyugación ( $p=0.02$ ), y el consumo de riesgo de tabaco; entre los esquemas privación emocional ( $p=0.03$ ), apego confuso / yo inmaduro ( $p=0.01$ ), insuficiente autocontrol ( $p=0.03$ ) y castigo ( $p=0.04$ ), el consumo de riesgo de sedantes; y entre los esquemas aislamiento social ( $p=0.02$ ), fracaso ( $p=0.03$ ) y subyugación ( $p=0.04$ ), y el consumo de riesgo de cannabis.

Por otro lado, si bien es cierto que en la Tabla 9 se evidencian otras relaciones estadísticamente significativas entre los esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de las sustancias cocaína, estimulantes de tipo anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, y opiáceos, se recomienda interpretar dichos resultados con precaución dado que la prevalencia de consumidores de dichas sustancias en la muestra evaluada fue menos al 1.5% tal como se observa en la Tabla 7, así como también al analizar los ítems orientados a evaluar el consumo

de riesgo de dichas sustancias no alcanzaron el mínimo aceptable de confiabilidad, por lo que, se podrían tratar de relaciones espurias.

Siendo así, los esquemas precoces desadaptativos privación emocional, subyugación, y fracaso fueron los que presentaron mayor cantidad de relaciones estadísticamente significativas con las cuatro sustancias consideradas para el análisis de la relación, por lo que se puede inferir que dichos esquemas podrían ser determinantes para el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas.



**Tabla 10**

*Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos según Género*

Esquemas Precoces Desadaptativos	Género			
	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Abandono / inestabilidad				
Ausencia	183	71.2	128	69.2
Presencia	74	<b>28.8<sup>a</sup></b>	57	<b>30.8<sup>b,c</sup></b>
Desconfianza / abuso				
Ausencia	190	73.9	132	71.4
Presencia	67	<b>26.1<sup>a</sup></b>	53	28.6 <sup>c</sup>
Privación emocional				
Ausencia	209	81.3	135	73
Presencia	48	18.7	50	27 <sup>c</sup>
Imperfección / vergüenza				
Ausencia	208	80.9	131	70.8
Presencia	49	19.1	54	29.2 <sup>c</sup>
Aislamiento social / alienación				
Ausencia	215	83.7	141	76.2
Presencia	42	16.3	44	23.8 <sup>c</sup>
Dependencia / incompetencia				
Ausencia	205	79.8	133	71.9
Presencia	52	20.2	52	28.1 <sup>c</sup>
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad				
Ausencia	206	80.2	146	78.9
Presencia	51	19.8	39	21.1 <sup>c</sup>
Apego confuso / yo inmaduro				
Ausencia	205	79.8	152	82.2
Presencia	52	20.2 <sup>c</sup>	33	17.8
Fracaso				
Ausencia	204	79.4	136	73.5
Presencia	53	20.6	49	26.5 <sup>c</sup>
Grandiosidad / autorización				
Ausencia	206	80.2	127	68.6
Presencia	51	19.8	58	<b>31.4<sup>b,c</sup></b>
Insuficiente autocontrol				
Ausencia	203	79	130	70.3
Presencia	54	21	55	29.7 <sup>c</sup>
Subyugación				
Ausencia	209	81.3	143	77.3
Presencia	48	18.7	42	22.7 <sup>c</sup>
Auto-sacrificio				
Ausencia	195	75.9	141	76.2
Presencia	62	<b>24.1<sup>a,c</sup></b>	44	23.8
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.				
Ausencia	217	84.4	136	73.5
Presencia	40	15.6	49	26.5 <sup>c</sup>
Negatividad pesimismo				
Ausencia	199	77.4	134	72.4
Presencia	58	22.6	51	27.6 <sup>c</sup>
Inhibición emocional				
Ausencia	190	73.9	145	78.4
Presencia	67	<b>26.1<sup>a,c</sup></b>	40	21.6
Metas inalcanzables / hipercriticismo				
Ausencia	201	78.2	139	75.1
Presencia	56	21.8	46	24.9 <sup>c</sup>
Castigo				
Ausencia	211	82.1	129	69.7
Presencia	46	17.9	56	<b>30.3<sup>b,c</sup></b>

<sup>a</sup>EPD de mayor prevalencia en el género Femenino, <sup>b</sup>EPD de mayor prevalencia en el género Masculino,

<sup>c</sup>Género con mayor prevalencia del EPD.

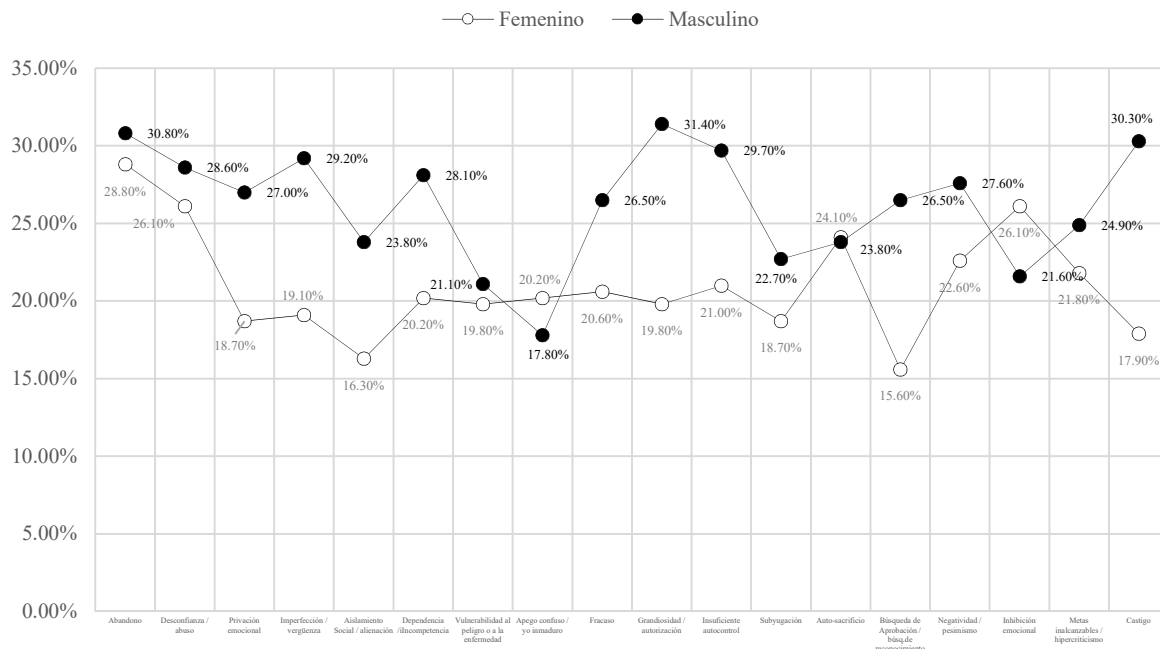
Como se puede observar en la Tabla 10, respecto al género femenino, los esquemas precoces desadaptativos que poseen mayor prevalencia son el esquema abandono / inestabilidad (28.8%), desconfianza / abuso (26.1%), e inhibición emocional (26.1%).

Por otro lado, los esquemas precoces desadaptativos más presentes en el género masculino, son los esquemas de grandiosidad / autorización (31.4%), abandono / inestabilidad (30.8%), y castigo (30.3%).



**Figura 1**

*Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos según Género*



Así también, se puede observar en la Figura 1, que al comparar los porcentajes de prevalencia de cada uno de los esquemas precoces desadaptativos según el género, se pudo evidenciar que el género masculino presenta mayor prevalencia en los esquemas abandono / inestabilidad, desconfianza / abuso, privación emocional, imperfección / vergüenza, aislamiento social / alienación, dependencia / incompetencia, vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, fracaso, grandiosidad / autorización, insuficiente autocontrol, subyugación, búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento, negatividad pesimismo, metas inalcanzables / hipercriticismo, y castigo; mientras que el género femenino, presenta mayor prevalencia en comparación al masculino en los esquemas apego confuso / yo inmaduro, auto-sacrificio, e inhibición emocional.

**Tabla 11**

*Relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y Género*

Esquemas Precoces Desadaptativos		Género				X <sup>2</sup>	P
		Femenino		Masculino			
		Nº	%	Nº	%		
Abandono / inestabilidad	Ausencia	183	41.4	128	29	0.21	0.64
	Presencia	74	16.7	57	12.9		
Desconfianza / abuso	Ausencia	190	43	132	29.9	0.36	0.54
	Presencia	67	15.2	53	12		
Privación emocional	Ausencia	209	47.3	135	30.5	4.34	<b>0.03*</b>
	Presencia	48	10.9	50	11.3		
Imperfección / vergüenza	Ausencia	208	47.1	131	29.6	6.16	<b>0.01*</b>
	Presencia	49	11.1	54	12.2		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	215	48.6	141	31.9	3.8	<b>0.05*</b>
	Presencia	42	9.5	44	10		
Dependencia / incompetencia	Ausencia	205	46.4	133	30.1	3.7	<b>0.05*</b>
	Presencia	52	11.8	52	11.8		
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	206	46.6	146	33	0.1	0.75
	Presencia	51	11.5	39	8.8		
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	205	46.4	152	34.4	0.39	0.52
	Presencia	52	11.8	33	7.5		
Fracaso	Ausencia	204	46.2	136	30.8	2.08	0.14
	Presencia	53	12	49	11.1		
Grandiosidad / autorización	Ausencia	206	46.6	127	28.7	7.66	<b>0.00*</b>
	Presencia	51	11.5	58	13.1		
Insuficiente autocontrol	Ausencia	203	45.9	130	29.4	4.4	<b>0.03*</b>
	Presencia	54	12.2	55	12.4		
Subyugación	Ausencia	209	47.3	143	32.4	1.07	0.3
	Presencia	48	10.9	42	9.5		
Auto-sacrificio	Ausencia	195	44.1	141	31.9	0	0.93
	Presencia	62	14	44	10		
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	217	49.1	136	30.8	7.98	<b>0.00*</b>
	Presencia	40	9	49	11.1		
Negatividad pesimismo	Ausencia	199	45	134	30.3	1.44	0.22
	Presencia	58	13.1	51	11.5		
Inhibición emocional	Ausencia	190	43	145	32.8	1.16	0.28
	Presencia	67	15.2	40	9		
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	201	45.5	139	31.4	0.57	0.44
	Presencia	56	12.7	46	10.4		
Castigo	Ausencia	211	47.7	129	29.2	9.27	<b>0.00*</b>
	Presencia	46	10.4	56	12.7		
<b>Total</b>		<b>257</b>	<b>58.1</b>	<b>185</b>	<b>41.9</b>		

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)

Se puede observar en la Tabla 11, a partir de la aplicación del estadístico chi cuadrado entre la variable esquemas precoces desadaptativos y género, se evidencia relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre los esquemas privación emocional ( $p = 0.03$ ), imperfección / vergüenza ( $p = 0.01$ ), aislamiento social / alienación ( $p = 0.05$ ), dependencia / incompetencia ( $p = 0.05$ ), grandiosidad / autorización ( $p = 0.01$ ), insuficiente autocontrol ( $p = 0.03$ ), búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento ( $p = 0.00$ ) y castigo ( $p = 0.00$ ).



**Tabla 12**

*Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos según Edad*

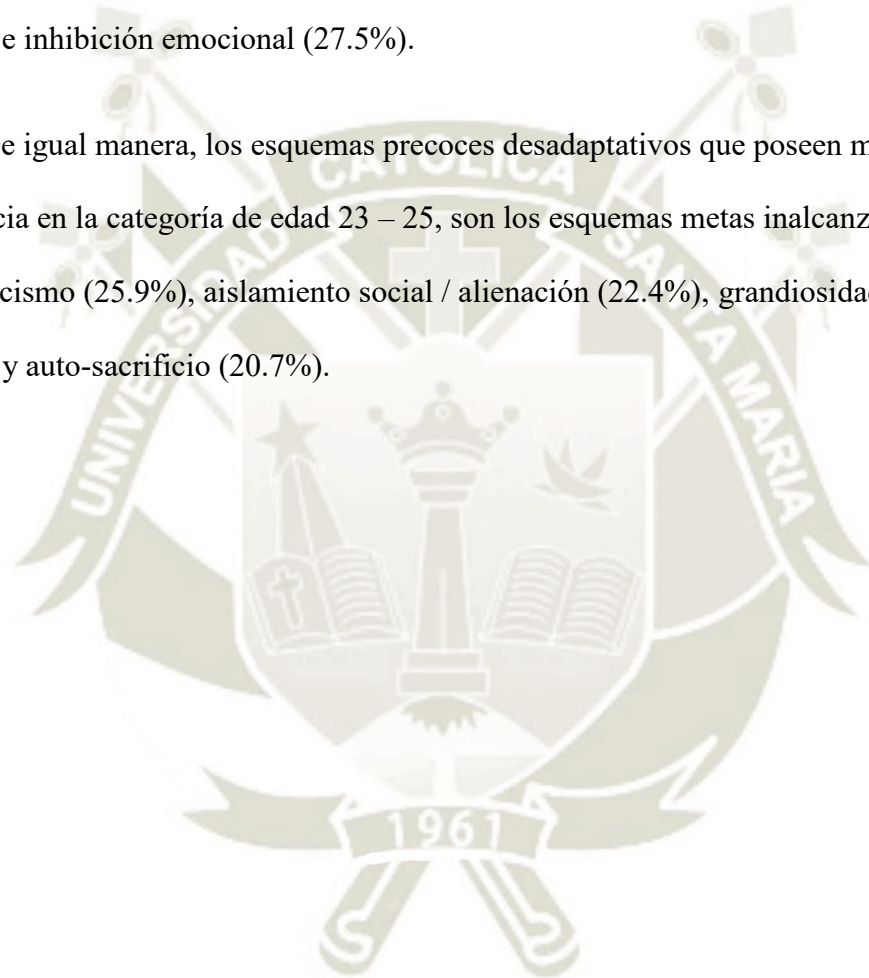
Esquemas Precoces Desadaptativos	Edad					
	17-19		20-22		23-25	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abandono / inestabilidad						
Ausencia	138	67	126	70.8	47	81
Presencia	68	<b>33<sup>a d</sup></b>	52	<b>29.2<sup>b</sup></b>	11	19
Desconfianza / abuso						
Ausencia	152	73.8	123	69.1	47	81
Presencia	54	26.2	55	<b>30.9<sup>b d</sup></b>	11	19
Privación emocional						
Ausencia	155	75.2	140	78.7	49	84.5
Presencia	51	24.8 <sup>d</sup>	38	21.3	9	15.5
Imperfección / vergüenza						
Ausencia	150	72.8	138	77.5	51	87.9
Presencia	56	27.2 <sup>d</sup>	40	22.5	7	12.1
Aislamiento social / alienación						
Ausencia	169	82	142	79.8	45	77.6
Presencia	37	18	36	20.2	13	<b>22.4<sup>c d</sup></b>
Dependencia / incompetencia						
Ausencia	149	72.3	138	77.5	51	87.9
Presencia	57	<b>27.7<sup>a d</sup></b>	40	22.5	7	12.1
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad						
Ausencia	158	76.7	143	80.3	51	87.9
Presencia	48	23.3 <sup>d</sup>	35	19.7	7	12.1
Apego confuso / yo inmaduro						
Ausencia	160	77.7	145	81.5	52	89.7
Presencia	46	22.3 <sup>d</sup>	33	18.5	6	10.3
Fracaso						
Ausencia	154	74.8	137	77	49	84.5
Presencia	52	25.2 <sup>d</sup>	41	23	9	15.5
Grandiosidad / autorización						
Ausencia	154	74.8	133	74.7	46	79.3
Presencia	52	25.2	45	25.3 <sup>d</sup>	12	<b>20.7<sup>c</sup></b>
Insuficiente autocontrol						
Ausencia	155	75.2	131	73.6	47	81
Presencia	51	24.8	47	26.4 <sup>d</sup>	11	19
Subyugación						
Ausencia	163	79.1	140	78.7	49	84.5
Presencia	43	20.9	38	21.3 <sup>d</sup>	9	15.5
Auto-sacrificio						
Ausencia	154	74.8	136	76.4	46	79.3
Presencia	52	25.2 <sup>d</sup>	42	23.6	12	<b>20.7<sup>c</sup></b>
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc						
Ausencia	160	77.7	145	81.5	48	82.8
Presencia	46	22.3 <sup>d</sup>	33	18.5	10	17.2
Negatividad pesimismo						
Ausencia	150	72.8	135	75.8	48	82.8
Presencia	56	27.2 <sup>d</sup>	43	24.2	10	17.2
Inhibición emocional						
Ausencia	157	76.2	129	72.5	49	84.5
Presencia	49	23.8	49	<b>27.5<sup>b d</sup></b>	9	15.5
Metas inalcanzables / hipercriticismo						
Ausencia	164	79.6	133	74.7	43	74.1
Presencia	42	20.4	45	25.3	15	<b>25.9<sup>c d</sup></b>
Castigo						
Ausencia	149	72.3	141	79.2	50	86.2
Presencia	57	<b>27.7<sup>a d</sup></b>	37	20.8	8	13.8

<sup>a</sup>EPD de mayor prevalencia en las edades 17 – 19, <sup>b</sup>EPD de mayor prevalencia en las edades 20 – 22, <sup>c</sup>EPD de mayor prevalencia en las edades 23 – 25, <sup>d</sup>Categoría edad con mayor prevalencia del EPD.

Como se puede observar en la Tabla 12, respecto a la categoría de edad 17 – 19, los esquemas precoces desadaptativos que poseen mayor prevalencia son los esquemas abandono / inestabilidad (33%), dependencia / incompetencia (27.7%), y castigo (27.7%).

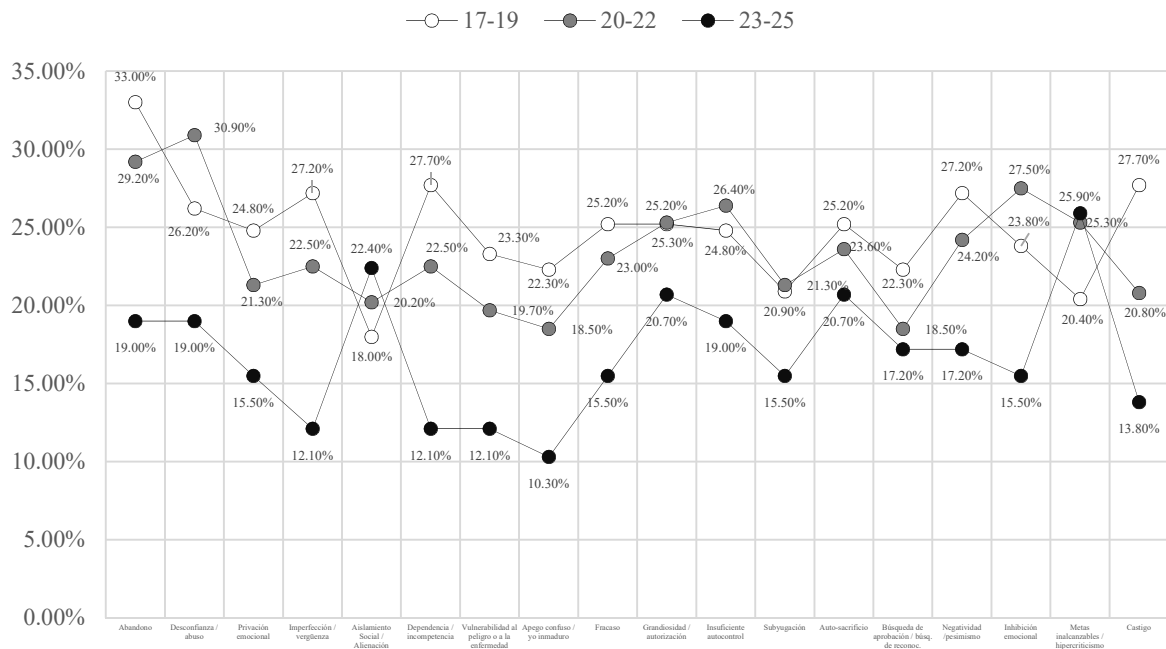
Por otro lado, los esquemas precoces desadaptativos más presentes en la categoría de edad 20 – 22, son los esquemas de desconfianza / abuso (30.9%), abandono / inestabilidad (29.2%), e inhibición emocional (27.5%).

De igual manera, los esquemas precoces desadaptativos que poseen mayor prevalencia en la categoría de edad 23 – 25, son los esquemas metas inalcanzables / hipercriticismo (25.9%), aislamiento social / alienación (22.4%), grandiosidad / autorización (20.7%), y auto-sacrificio (20.7%).



**Figura 2**

*Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos según Edad*



Así también en la Figura 2, al comparar los porcentajes de prevalencia de cada uno de los esquemas precoces desadaptativos según las edades, se pudo evidenciar que la categoría de 17 – 19 presenta mayor prevalencia en los esquemas abandono / inestabilidad, privación emocional, imperfección / vergüenza, dependencia / incompetencia, vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, apego confuso / yo inmaduro, fracaso, auto-sacrificio, búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento, negatividad / pesimismo, y castigo; respecto a la categoría de edad 20 – 22, presenta mayor prevalencia en los esquemas desconfianza / abuso, grandiosidad / autorización, insuficiente autocontrol, subyugación, e inhibición emocional; por último respecto a la categoría de edad 23 – 25, los esquemas precoces desadaptativos que presentan una mayor prevalencia son aislamiento social / alienación, y metas inalcanzables / hipercriticismo.

**Tabla 13**

*Relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y Edad*

Esquemas Precoces Desadaptativos	Edad						X <sup>2</sup>	P	
	17-19		20-22		23-25				
	N°	%	N°	%	N°	%			
Abandono / inestabilidad	Ausencia	138	31.2	126	28.5	47	10.6	4.3	0.11
	Presencia	68	15.4	52	11.8	11	2.5		
Desconfianza / abuso	Ausencia	152	34.4	123	27.8	47	10.6	3.32	0.19
	Presencia	54	12.2	55	12.4	11	2.5		
Privación emocional	Ausencia	155	35.1	140	31.7	49	11.1	2.35	0.3
	Presencia	51	11.5	38	8.6	9	2		
Imperfección / vergüenza	Ausencia	150	33.9	138	31.2	51	11.5	5.9	<b>0.05*</b>
	Presencia	56	12.7	40	9	7	1.6		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	169	38.2	142	32.1	45	10.2	0.68	0.71
	Presencia	37	8.4	36	8.1	13	2.9		
Dependencia / incompetencia	Ausencia	149	33.7	138	31.2	51	11.5	6.3	<b>0.04*</b>
	Presencia	57	12.9	40	9	7	1.6		
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	158	35.7	143	32.4	51	11.5	3.61	0.16
	Presencia	48	10.9	35	7.9	7	1.6		
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	160	36.2	145	32.8	52	11.8	4.27	0.11
	Presencia	46	10.4	33	7.5	6	1.4		
Fracaso	Ausencia	154	34.8	137	31	49	11.1	2.41	0.29
	Presencia	52	11.8	41	9.3	9	2		
Grandiosidad / autorización	Ausencia	154	34.8	133	30.1	46	10.4	0.56	0.75
	Presencia	52	11.8	45	10.2	12	2.7		
Insuficiente autocontrol	Ausencia	155	35.1	131	29.6	47	10.6	1.3	0.52
	Presencia	51	11.5	47	10.6	11	2.5		
Subyugación	Ausencia	163	36.9	140	31.7	49	11.1	0.98	0.61
	Presencia	43	9.7	38	8.6	9	2		
Auto-sacrificio	Ausencia	154	34.8	136	30.8	46	10.4	0.53	0.76
	Presencia	52	11.8	42	9.5	12	2.7		
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	160	36.2	145	32.8	48	10.9	1.2	0.54
	Presencia	46	10.4	33	7.5	10	2.3		
Negatividad pesimismo	Ausencia	150	33.9	135	30.5	48	10.9	2.44	0.29
	Presencia	56	12.7	43	9.7	10	2.3		
Inhibición emocional	Ausencia	157	35.5	129	29.2	49	11.1	3.47	0.17
	Presencia	49	11.1	49	11.1	9	2		
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	164	37.1	133	30.1	43	9.7	1.57	0.45
	Presencia	42	9.5	45	10.2	15	3.4		
Castigo	Ausencia	149	33.7	141	31.9	50	11.3	5.79	<b>0.05*</b>
	Presencia	57	12.9	37	8.4	8	1.8		
<b>Total</b>		206	46.6	178	40.3	58	13.1		

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)

Se puede observar en la Tabla 13, a partir de la aplicación del estadístico chi cuadrado entre la variable esquemas precoces desadaptativos y edad, se evidencia relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre los esquemas imperfección / vergüenza ( $p = 0.05$ ), dependencia / incompetencia ( $p = 0.04$ ) y castigo ( $p = 0.05$ ).



Tabla 14

*Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos de la muestra según Facultades (1era. Parte)*

Esquemas Precoces Desadaptativos		Facultades																							
		Arq. e Ing. Civil		Cs. Cont. y Finan.		Cs. e Ing. Bio. y Quím.		Cs. e Ing. Fisc. y Form.		Cs. Econo. Admin.		Cs. Farm., Bioq. y Biotec.		Cs. Juríd. y Polit.		Cs. y Tec. Soc. y Human.		Enfer.		Med. Humana		Obstetricia y Pueri.		Odont.	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Abandono / inestabilidad	Au.	16	59.3	17	65.4	13	65.0	73	73.7	44	78.6	12	70.6	33	61.1	48	71.6	8	88.9	20	57.1	7	77.8	20	87.0
	Pre.	11	40.7	9	<b>34.6</b>	7	35.0	26	<b>26.3</b>	12	21.4	5	<b>29.4</b>	21	<b>38.9</b>	19	<b>28.4</b>	1	11.1	15	<b>42.9</b>	2	22.2	3	13.0
Desconfianza / abuso	Au.	15	55.6	18	69.2	13	65.0	78	78.8	40	71.4	14	82.4	37	68.5	50	74.6	8	88.9	26	74.3	3	33.3	20	87.0
	Pre.	12	<b>44.4</b>	8	<b>30.8</b>	7	35.0	21	21.2	16	<b>28.6</b>	3	17.6	17	<b>31.5</b>	17	25.4	1	11.1	9	25.7	6	<b>66.7</b>	3	13.0
Privación emocional	Au.	21	77.8	22	84.6	12	60.0	73	73.7	43	76.8	9	52.9	42	77.8	59	88.1	7	77.8	28	80.0	7	77.8	21	91.3
	Pre.	6	22.2	4	15.4	8	40.0	26	<b>26.3</b>	13	23.2	8	<b>47.1</b>	12	22.2	8	11.9	2	22.2	7	20.0	2	22.2	2	8.7
Imperfección / vergüenza	Au.	15	55.6	21	80.8	9	45.0	74	74.7	43	76.8	14	82.4	48	88.9	54	80.6	7	77.8	24	68.6	7	77.8	23	100.0
	Pre.	12	<b>44.4</b>	5	19.2	11	<b>55.0</b>	25	25.3	13	23.2	3	17.6	6	11.1	13	19.4	2	22.2	11	<b>31.4</b>	2	22.2	0	0.0
Aislamiento social / alienación	Au.	19	70.4	22	84.6	14	70.0	80	80.8	48	85.7	14	82.4	41	75.9	58	86.6	8	88.9	25	71.4	8	88.9	19	82.6
	Pre.	8	29.6	4	15.4	6	<b>30.0</b>	19	19.2	8	14.3	3	17.6	13	24.1	9	13.4	1	11.1	10	28.6	1	11.1	4	17.4
Dependencia / incompetencia	Au.	17	63.0	20	76.9	15	75.0	73	73.7	43	76.8	16	94.1	40	74.1	53	79.1	8	88.9	27	77.1	5	55.6	21	91.3
	Pre.	10	37.0	6	23.1	5	25.0	26	<b>26.3</b>	13	23.2	1	5.9	14	25.9	14	20.9	1	11.1	8	22.9	4	<b>44.4</b>	2	8.7
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Au.	20	74.1	23	88.5	15	75.0	79	79.8	42	75.0	16	94.1	41	75.9	55	82.1	8	88.9	27	77.1	6	66.7	20	87.0
	Pre.	7	25.9	3	11.5	5	25.0	20	20.2	14	25.0	1	5.9	13	24.1	12	17.9	1	11.1	8	22.9	3	<b>33.3</b>	3	13.0
Apego confuso / yo inmaduro	Au.	23	85.2	17	65.4	13	65.0	82	82.8	49	87.5	14	82.4	41	75.9	57	85.1	8	88.9	28	80.0	5	55.6	20	87.0
	Pre.	4	14.8	9	<b>34.6</b>	7	35.0	17	17.2	7	12.5	3	17.6	13	24.1	10	14.9	1	11.1	7	20.0	4	<b>44.4</b>	3	13.0
Fracaso	Au.	14	51.9	21	80.8	9	45.0	81	81.8	42	75.0	15	88.2	41	75.9	58	86.6	7	77.8	24	68.6	8	88.9	20	87.0
	Pre.	13	<b>48.1</b>	5	19.2	11	<b>55.0</b>	18	18.2	14	25.0	2	11.8	13	24.1	9	13.4	2	22.2	11	<b>31.4</b>	1	11.1	3	13.0
Grandiosidad / autorización	Au.	27	100.0	21	80.8	13	65.0	71	71.7	35	62.5	12	70.6	42	77.8	56	83.6	6	66.7	26	74.3	6	66.7	18	78.3
	Pre.	0	0.0	5	19.2	7	35.0	28	<b>28.3</b>	21	<b>37.5</b>	5	<b>29.4</b>	12	22.2	11	16.4	3	<b>33.3</b>	9	25.7	3	33.3	5	<b>21.7</b>
Insuficiente autocontrol	Au.	21	77.8	22	84.6	12	60.0	76	76.8	45	80.4	12	70.6	41	75.9	46	68.7	6	66.7	24	68.6	8	88.9	20	87.0
	Pre.	6	22.2	4	15.4	8	<b>40.0</b>	23	23.2	11	19.6	5	<b>29.4</b>	13	24.1	21	<b>31.3</b>	3	<b>33.3</b>	11	<b>31.4</b>	1	11.1	3	13.0

Tabla 15

*Distribución de los Esquemas Precoces Desadaptativos de la muestra según Facultades (2da. Parte)*

Esquemas Precoces Desadaptativos		Facultades																									
		Arq. e Ing. Civil		Cs. Cont. y Finan.		Cs. e Ing. Bio. y Quím.		Cs. e Ing. Fisc. y Form.		Cs. Econo. Admin.		Cs. Farm., Bioq. y Biotec.		Cs. Juríd. y Polít.		Cs. y Tec. Soc. y Human.		Enfer.		Med. Humana		Obstetricia y Pueri.		Odont.			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Subyugación	Au.	17	63.0	22	84.6	13	65.0	78	78.8	45	80.4	17	100.0	43	79.6	57	85.1	8	88.9	26	74.3	8	88.9	18	78.3		
	Pre.	10	<b>37.0</b>	4	15.4	7	35.0	21	21.2	11	19.6	0	0.0	11	20.4	10	14.9	1	11.1	9	25.7	1	11.1	5	<b>21.7</b>		
Auto-sacrificio	Au.	21	77.8	21	80.8	13	65.0	79	79.8	44	78.6	14	82.4	37	68.5	49	73.1	7	77.8	26	74.3	7	77.8	18	78.3		
	Pre.	6	22.2	5	19.2	7	<b>35.0</b>	20	20.2	12	21.4	3	17.6	17	<b>31.5</b>	18	26.9	2	22.2	9	25.7	2	22.2	5	<b>21.7</b>		
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Au.	22	81.5	22	84.6	13	65.0	78	78.8	43	76.8	13	76.5	47	87.0	51	76.1	5	55.6	28	80.0	9	100.0	22	95.7		
	Pre.	5	18.5	4	15.4	7	35.0	21	21.2	13	23.2	4	23.5	7	13.0	16	23.9	4	<b>44.4</b>	7	20.0	0	0.0	1	4.3		
Negatividad / pesimismo	Au.	17	63.0	21	80.8	7	35.0	72	72.7	47	83.9	11	64.7	44	81.5	53	79.1	5	55.6	25	71.4	8	88.9	23	100.0		
	Pre.	10	37.0	5	19.2	13	<b>65.0</b>	27	<b>27.3</b>	9	16.1	6	<b>35.3</b>	10	18.5	14	20.9	4	<b>44.4</b>	10	28.6	1	11.1	0	0.0		
Inhibición emocional	Au.	18	66.7	20	76.9	13	65.0	76	76.8	42	75.0	16	94.1	36	66.7	55	82.1	7	77.8	24	68.6	8	88.9	20	87.0		
	Pre.	9	33.3	6	23.1	7	<b>35.0</b>	23	23.2	14	25.0	1	5.9	18	<b>33.3</b>	12	17.9	2	22.2	11	<b>31.4</b>	1	11.1	3	13.0		
Metas inalcanzables / hiper criticismo	Au.	24	88.9	20	76.9	14	70.0	82	82.8	42	75.0	14	82.4	38	70.4	48	71.6	6	66.7	25	71.4	7	77.8	20	87.0		
	Pre.	3	11.1	6	23.1	6	30.0	17	17.2	14	25.0	3	17.6	16	29.6	19	<b>28.4</b>	3	<b>33.3</b>	10	28.6	2	22.2	3	13.0		
Castigo	Au.	21	77.8	21	80.8	11	55.0	74	74.7	41	73.2	13	76.5	46	85.2	56	83.6	6	66.7	22	62.9	7	77.8	22	95.7		
	Pre.	6	22.2	5	19.2	9	<b>45.0</b>	25	25.3	15	<b>26.8</b>	4	23.5	8	14.8	11	16.4	3	<b>33.3</b>	13	<b>37.1</b>	2	22.2	1	4.3		

Como se puede observar en la Tabla 14 y en Tabla 15, los esquemas precoces desadaptativos con mayor prevalencia en la facultad de arquitectura e ingenierías civil y del ambiente son fracaso (48.1%), desconfianza / abuso (44.4%), e imperfección / vergüenza (44.4%).

Los Esquemas Precoces Desadaptativos con mayor prevalencia en la facultad de ciencias contables y financieras son los esquemas abandono / inestabilidad (34.6%), apego confuso / yo inmaduro (34.6%), y desconfianza / abuso (30.8%).

Los esquemas precoces desadaptativos con mayor prevalencia en la facultad de ciencias e ingenierías biológicas y químicas son los esquemas negatividad / pesimismo (65.0%), imperfección / vergüenza (55.5%), y fracaso (55.5%).

Los esquemas precoces desadaptativos con mayor prevalencia en la facultad de ciencias e ingenierías físicas y formales son los esquemas grandiosidad / autorización (28.3%), negatividad / pesimismo (27.3%), abandono / inestabilidad (26.3%), privación emocional (26.3%), y dependencia / incompetencia (26.3%).

Los esquemas precoces desadaptativos con mayor prevalencia en la facultad de ciencias económico administrativas son los esquemas grandiosidad / autorización (37.5%), desconfianza / abuso (28.6%), y castigo (26.8%).

Los esquemas precoces desadaptativos con mayor prevalencia en la facultad de ciencias farmacéuticas, bioquímicas y biotecnológicas son los esquemas privación emocional (47.1%), negatividad / pesimismo (35.3%), abandono / inestabilidad (29.4%), grandiosidad / autorización (29.4%), e insuficiente autocontrol (29.4%).

Los esquemas precoces desadaptivos con mayor prevalencia en la facultad de ciencias jurídicas y políticas son los esquemas abandono / inestabilidad (38.9%), inhibición emocional (33.3%), desconfianza / abuso (31.5%), y auto-sacrificio (31.5%).

Los esquemas precoces desadaptivos con mayor prevalencia en la facultad de ciencias y tecnologías sociales y humanidades son los esquemas insuficiente autocontrol (31.3%), abandono / inestabilidad (28.4%), y metas inalcanzables / hipercriticismo (28.4%).

Los esquemas precoces desadaptivos con mayor prevalencia en la facultad de enfermería son los esquemas búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento (44.4%), negatividad / pesimismo (44.4%), grandiosidad / autorización (33.3%), insuficiente autocontrol (33.3%), metas inalcanzables / hipercriticismo (33.3%), y castigo (33.3%).

Los esquemas precoces desadaptivos con mayor prevalencia en la facultad de medicina humana son los esquemas abandono / inestabilidad (42.9%), castigo (37.1%), imperfección / vergüenza (31.4%), fracaso (31.4%), insuficiente autocontrol (31.4%), e inhibición emocional (31.4%).

Los esquemas precoces desadaptivos con mayor prevalencia en la facultad de obstetricia y puericultura son los esquemas desconfianza / abuso (66.7%), dependencia / incompetencia (44.4%), y apego confuso / yo inmaduro (44.4%).

Los esquemas precoces desadaptivos con mayor prevalencia en la facultad de odontología son los esquemas grandiosidad / autorización (21.7%), subyugación (21.7%), y auto-sacrificio (21.7%).

Por otro lado, respecto a la Tabla 14 y la Tabla 15, al comparar los porcentajes de cada uno de los esquemas precoces desadaptativos según las facultades, se evidenció que la

facultad de Medicina Humana (42.9%) es la que posee mayor prevalencia del esquema precoz desadaptativo de abandono / inestabilidad.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de desconfianza / abuso se observó que la facultad de Obstetricia y Puericultura (66.7%) es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de privación emocional se observó que la facultad de Ciencias Farmacéuticas, Bioquímicas y Biotecnológicas (47.1%) es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de imperfección / vergüenza se observó que la facultad de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas (55.0%) es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de aislamiento social / alienación se observó que la facultad de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas (30.0%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de dependencia / incompetencia se observó que la facultad de Obstetricia y Puericultura (44.4%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad se observó que la facultad de Obstetricia y Puericultura (33.3%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de apego confuso / yo inmaduro se observó que la facultad de Obstetricia y Puericultura (44.4%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de fracaso se observó que la facultad de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas (55.0%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de grandiosidad / autorización se observó que la facultad de Ciencias Económico Administrativas (37.5%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de insuficiente autocontrol se observó que la facultad de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas (40.0%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de subyugación se observó que la facultad de Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente (37.0%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de auto-sacrificio se observó que la facultad de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas (35.0%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento se observó que este posee una mayor prevalencia en la facultad de Enfermería (44.4%).

Respecto al esquema precoz desadaptativo de negatividad / pesimismo se observó que la facultad de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas (65.0%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de inhibición emocional se observó que la facultad de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas (35.0%). es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de metas inalcanzables / hipercriticismo se observó que la facultad de Enfermería (33.3%) es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

Respecto al esquema precoz desadaptativo de castigo se observó que la facultad de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas (45.0%) es la que posee mayor prevalencia de dicho esquema respecto a las demás facultades.

**Tabla 16**

*Relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y Facultades*

Esquemas Precoces Desadaptativos	Facultades	
	X <sup>2</sup>	P
Abandono / inestabilidad	14.48	0.21
Desconfianza / abuso	18.72	0.06
Privación emocional	18.05	0.08
Imperfección / vergüenza	32.10	<b>0.00*</b>
Aislamiento social / alienación	9.47	0.57
Dependencia / incompetencia	12.33	0.33
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	7.98	0.71
Apego confuso / yo inmaduro	15.69	0.15
Fracaso	30.88	<b>0.00*</b>
Grandiosidad / autorización	19.75	<b>0.04*</b>
Insuficiente autocontrol	10.30	0.50
Subyugación	14.89	0.18
Auto-sacrificio	5.17	0.92
Búsqueda de aprobación o búsqueda de Reconocimiento	15.13	0.17
Negatividad / pesimismo	35.98	<b>0.00*</b>
Inhibición emocional	13.01	0.29
Metas inalcanzables / hiper criticismo	9.85	0.54
Castigo	19.07	0.06

\*Relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ )

Se puede observar en la Tabla 16, que a partir de la aplicación del estadístico chi cuadrado entre la variable esquemas precoces desadaptativos y facultades, se evidencia relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre los esquemas imperfección / vergüenza ( $p = 0.00$ ), fracaso ( $p = 0.00$ ), grandiosidad / autorización ( $p = 0.04$ ), y negatividad / pesimismo ( $p = 0.00$ ), y la variable facultad a la cual pertenecen los evaluados de la muestra.

**Tabla 17**

*Distribución de las Sustancias Psicoactivas según Género*

Sustancias Psicoactivas	Género			
	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Tabaco				
Bajo	160	62.3	106	57.3
Moderado	88	<b>34.2</b>	68	<b>36.8</b>
Alto	9	<b>3.5</b>	11	<b>5.9</b>
Alcohol				
Bajo	153	59.5	102	55.1
Moderado	89	<b>34.6</b>	68	<b>36.8</b>
Alto	15	<b>5.8</b>	15	<b>8.1</b>
Cannabis				
Bajo	226	87.9	158	85.4
Moderado	30	<b>11.7</b>	25	<b>13.5</b>
Alto	1	<b>0.4</b>	2	<b>1.1</b>
Cocaína				
Bajo	256	99.6	181	97.8
Moderado	1	0.4	4	2.2
Alto	0	0	0	0
Estimulantes tipo Anfetamina				
Bajo	256	99.6	181	97.8
Moderado	1	0.4	4	2.2
Alto	0	0	0	0
Inhalantes				
Bajo	251	97.7	183	98.9
Moderado	6	2.3	2	1.1
Alto	0	0	0	0
Sedantes				
Bajo	226	87.9	178	96.2
Moderado	28	<b>10.9</b>	6	<b>3.2</b>
Alto	3	<b>1.2</b>	1	<b>0.5</b>
Alucinógenos				
Bajo	255	99.2	182	98.4
Moderado	2	0.8	3	1.6
Alto	0	0	0	0
Opiáceos				
Bajo	256	99.6	182	98.4
Moderado	1	0.4	3	1.6
Alto	0	0	0	0
Otras Drogas				
Bajo	257	100	185	100
Moderado	0	0	0	0
Alto	0	0	0	0

En la Tabla 17, se observa que las sustancias psicoactivas que presentan mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado en el género femenino son el alcohol con 40.4% (A=5.8%, M=34.6%), tabaco con 37.7% (A=3.5%, M=34.2%), cannabis con 12.1% (A=0.4%, M=11.7%) y sedantes con 12.1% (A=1.2%, M=10.9%).

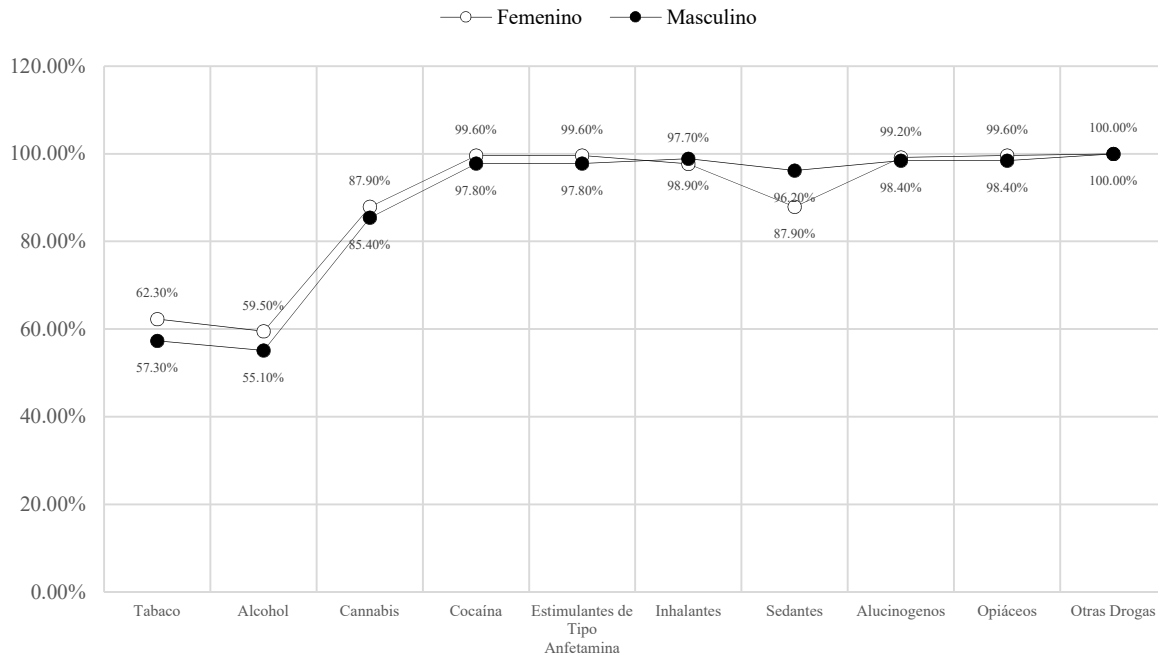
Por otro lado, las sustancias que presentan una mayor prevalencia de consumo de riesgo bajo respecto a las demás en el género femenino son otras drogas con 100,0%, cocaína con 99.6%, estimulantes de tipo anfetamina con 99.6%, opiáceos con 99.6%, alucinógenos con 99.2% e inhalantes con 97.7%.

Así también, las sustancias psicoactivas que presentan mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado en el género masculino son el alcohol con 44.9% (A=8.1%, M=36.8%), tabaco con 42.7% (A=5.9%, M=36.8%), cannabis con 14.6% (A=1.1%, M=13.5%) y sedantes con 3.7% (A=0.5%, M=3.2%).

Mientras que, las sustancias que presentan una mayor prevalencia de consumo de riesgo bajo respecto a las demás en el género masculino son otras drogas con 100,0%, inhalantes con 98.9%, alucinógenos con 98.4%, opiáceos con 98.4%, cocaína con 97.8%, y estimulantes de tipo anfetamina con 97.8%.

**Figura 3**

*Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Bajo según Género*

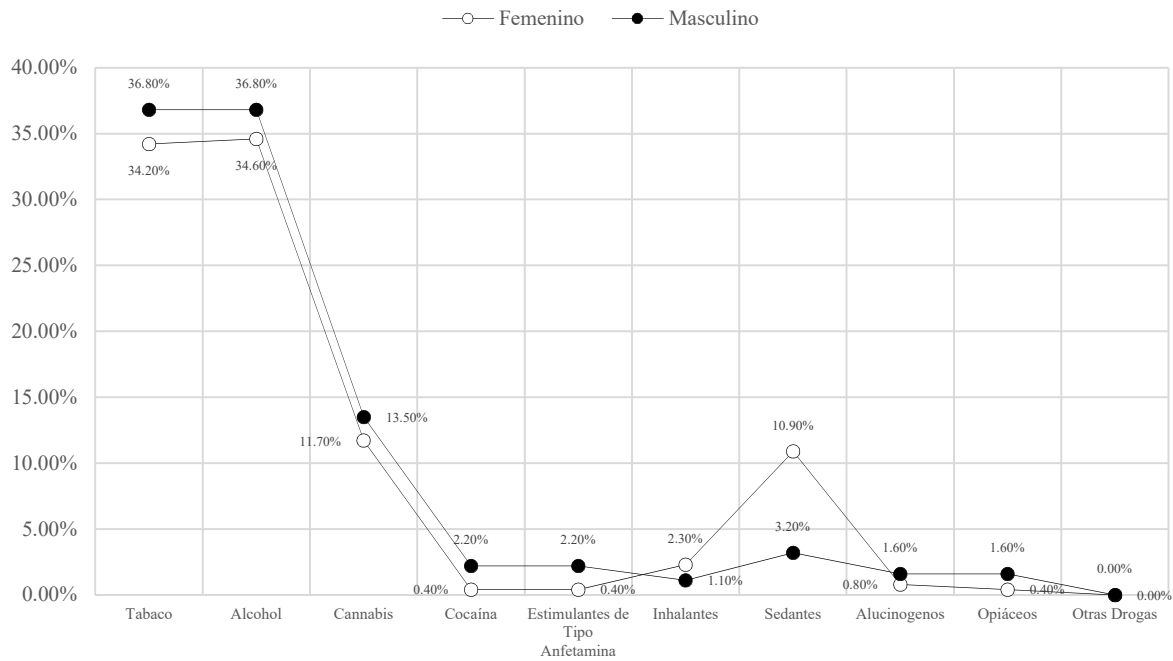


En la Figura 3, se puede observar que al comparar los porcentajes de prevalencia del consumo de riesgo bajo de sustancias psicoactivas según el género, este es muy similar en ambos géneros siendo ligeramente mayor para el género femenino en las sustancias tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, alucinógenos, y opiáceos; mientras que, el género masculino, sobresale únicamente con una mayor prevalencia en inhalantes y sedantes.

**Figura 4**

*Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Moderado según*

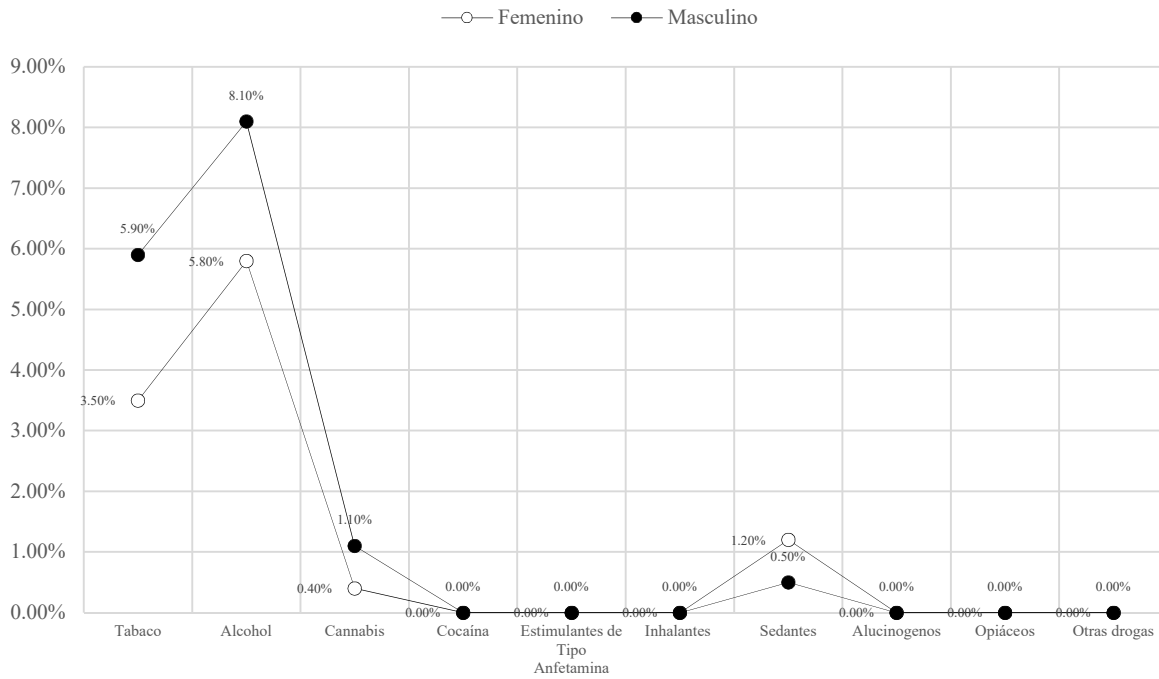
*Género*



En la Figura 4, se observa la comparación del consumo de riesgo moderado de sustancias psicoactivas según el género, el cual es similar tanto para el género femenino como para el masculino, siendo este último ligeramente mayor en las sustancias tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, alucinógenos, y opiáceos; mientras que el género femenino, sobresale respecto al consumo de riesgo moderado de sedantes e inhalantes.

**Figura 5**

*Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Alto según Género*



En la Figura 5 , se observa la comparación del consumo de riesgo alto de sustancias psicoactivas según el género, el cual es similar tanto para el género femenino como para el masculino, siendo este último ligeramente mayor en las sustancias tabaco, alcohol, y cannabis; mientras que, el género femenino sobresale únicamente en el consumo de riesgo alto de sedantes.

**Tabla 18**

*Distribución de Consumo y Policonsumo de Sustancias Psicoactivas según Género*

Sustancias Psicoactivas	Género			
	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Consumo de sustancia				
Alguna vez	243	<b>94.6</b>	169	<b>91.4</b>
Nunca	14	5.4	16	8.6
Cant. Sust. C. de Riesgo Moderado y Alto				
0 Sustancias	110	42.8	74	40.0
1 Sustancia	63	<b>24.5</b>	45	<b>24.3</b>
2 Sustancias	52	<b>20.2</b>	44	<b>23.8</b>
3 Sustancias	25	<b>9.7</b>	15	<b>8.1</b>
4 Sustancias	5	<b>1.9</b>	3	<b>1.6</b>
5 Sustancias	0	0.0	2	<b>1.1</b>
6 Sustancias	2	<b>0.8</b>	2	<b>1.1</b>
7 Sustancias	0	0.0	0	0.0
8 Sustancias	0	0.0	0	0.0
9 Sustancias	0	0.0	0	0.0
10 Sustancias	0	0.0	0	0.0

En la Tabla 18, se puede observar la distribución de la muestra según género y la declaración de los participantes de nunca o alguna vez haber consumido al menos una sustancia psicoactiva a lo largo de su vida, de la cual se obtuvo que el 94.6% del género femenino consumió alguna vez al menos una sustancia, frente al 91.4% del género masculino.

Por otro lado, en la misma tabla se evidencia también que la distribución del género de la muestra según la cantidad de sustancias psicoactivas consumidas declaradas por los participantes, cuyo consumo de riesgo es moderado o alto, se obtuvo que, respecto al género femenino, el 24.5% consume solo una sustancia, mientras que el 32.6 % consume entre 2 y 6 sustancias. así también, respecto al género masculino el 24.3% consume solo una sustancia, y el 35.7 % consume entre 2 y 6 sustancias.

**Tabla 19**

*Relación entre Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas y Género*

Sustancias Psicoactivas	Género				X <sup>2</sup>	P
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%		
Tabaco						
	Bajo	160	36.2	106	24	
	Moderado	88	19.9	68	15.4	2.05
	Alto	9	2	11	2.5	0.35
Alcohol						
	Bajo	153	34.6	102	23.1	
	Moderado	89	20.1	68	15.4	1.31
	Alto	15	3.4	15	3.4	0.51
Cannabis						
	Bajo	226	51.1	158	35.7	
	Moderado	30	6.8	25	5.7	1.13
	Alto	1	0.2	2	0.5	0.56
Cocaína						
	Bajo	256	57.9	181	41	
	Moderado	1	0.2	4	0.9	3.02
	Alto	0	0	0	0	0.08
Estimulantes de Tipo Anfetamina						
	Bajo	256	57.9	181	41	
	Moderado	1	0.2	4	0.9	3.02
	Alto	0	0	0	0	0.08
Inhalantes						
	Bajo	251	56.8	183	41.4	
	Moderado	6	1.4	2	0.5	0.95
	Alto	0	0	0	0	0.32
Sedantes						
	Bajo	226	51.1	178	40.3	
	Moderado	28	6.3	6	1.4	9.46
	Alto	3	0.7	1	0.2	<b>0.00*</b>
Alucinógenos						
	Bajo	255	57.7	182	41.2	
	Moderado	2	0.5	3	0.7	0.68
	Alto	0	0	0	0	0.4
Opiáceos						
	Bajo	256	57.9	182	41.2	
	Moderado	1	0.2	3	0.7	1.82
	Alto	0	0	0	0	0.17
<b>Total</b>		257	58.1	185	41.9	

\*Relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ )

Se puede observar en la Tabla 19, a partir de la aplicación del estadístico chi cuadrado entre la variable consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y género, se evidencia relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) en la sustancia sedantes ( $p = 0.00$ ).



**Tabla 20**

*Distribución de las Sustancias Psicoactivas según Edad*

Sustancias Psicoactivas		Edad					
		17-19		20-22		23-25	
		N°	%	N°	%	N°	%
Tabaco	Bajo	133	64.6	103	57.9	30	51.7
	Moderado	64	<b>31.1</b>	67	<b>37.6</b>	25	<b>43.1</b>
	Alto	9	<b>4.4</b>	8	<b>4.5</b>	3	<b>5.2</b>
Alcohol	Bajo	126	61.2	94	52.8	35	60.3
	Moderado	64	<b>31.1</b>	72	<b>40.4</b>	21	<b>36.2</b>
	Alto	16	<b>7.8</b>	12	<b>6.7</b>	2	<b>3.4</b>
Cannabis	Bajo	182	88.3	154	86.5	48	82.8
	Moderado	22	<b>10.7</b>	23	<b>12.9</b>	10	<b>17.2</b>
	Alto	2	<b>1</b>	1	<b>0.6</b>	0	0
Cocaína	Bajo	203	98.5	176	98.9	58	100
	Moderado	3	1.5	2	1.1	0	0
	Alto	0	0	0	0	0	0
Estimulantes tipo Anfetamina	Bajo	203	98.5	176	98.9	58	100
	Moderado	3	1.5	2	1.1	0	0
	Alto	0	0	0	0	0	0
Inhalantes	Bajo	200	97.1	176	98.9	58	100
	Moderado	6	2.9	2	1.1	0	0
	Alto	0	0	0	0	0	0
Sedantes	Bajo	183	88.8	167	93.8	54	93.1
	Moderado	21	<b>10.2</b>	10	<b>5.6</b>	3	<b>5.2</b>
	Alto	2	<b>1</b>	1	<b>0.6</b>	1	<b>1.7</b>
Alucinógenos	Bajo	202	98.1	178	100	57	98.3
	Moderado	4	1.9	0	0	1	1.7
	Alto	0	0	0	0	0	0
Opiáceos	Bajo	202	98.1	178	100	58	100
	Moderado	4	1.9	0	0	0	0
	Alto	0	0	0	0	0	0
Otras Drogas	Bajo	206	100	178	100	58	100
	Moderado	0	0	0	0	0	0
	Alto	0	0	0	0	0	0

En la Tabla 20, se observa que las sustancias psicoactivas que presentan mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado en la categoría de edad 17 – 19, son el alcohol con 38.9% (A=7.8%, M=31.1%), tabaco con 35.5% (A=4.4%, M=31.1%), cannabis con 11.7% (A=1.0%, M=10.7%) y sedantes con 11.2% (A=1.0%, M=10.2%).

Mientras que, las sustancias que presentan una mayor prevalencia de consumo de riesgo bajo respecto a las demás en la categoría de edad 17 – 19 son otras drogas con 100,0%, cocaína con 98.5%, estimulantes de tipo anfetamina con 98.5%, alucinógenos con 98.1% opiáceos con 98.1%, e inhalantes con 97.1%.

Por otro lado, las sustancias psicoactivas que presentan mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado en la categoría de edad 20 – 22, son el alcohol con 47.1% (A=6.7%, M=40.4%), tabaco con 42.1% (A=4.5%, M=37.6%), cannabis con 13.5% (A=0.6%, M=12.9%) y sedantes con 6.2% (A=0.6%, M=5.6%).

Mientras que, las sustancias que presentan una mayor prevalencia de consumo de riesgo bajo respecto a las demás en la categoría de edad 20 – 22 son otras drogas con 100,0%, alucinógenos con 100.0% opiáceos con 100.0%, cocaína con 98.9%, estimulantes de tipo anfetamina con 98.9%, e inhalantes con 98.9%.

Así también, las sustancias psicoactivas que presentan mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado en la categoría de edad 23 – 25, son el alcohol con 39.6% (A=3.4%, M=36.2%), tabaco con 48.3% (A=5.2%, M=43.1%), cannabis con 17.2% (A=0.0%, M=17.2%) y sedantes con 6.9% (A=1.7%, M=5.2%).

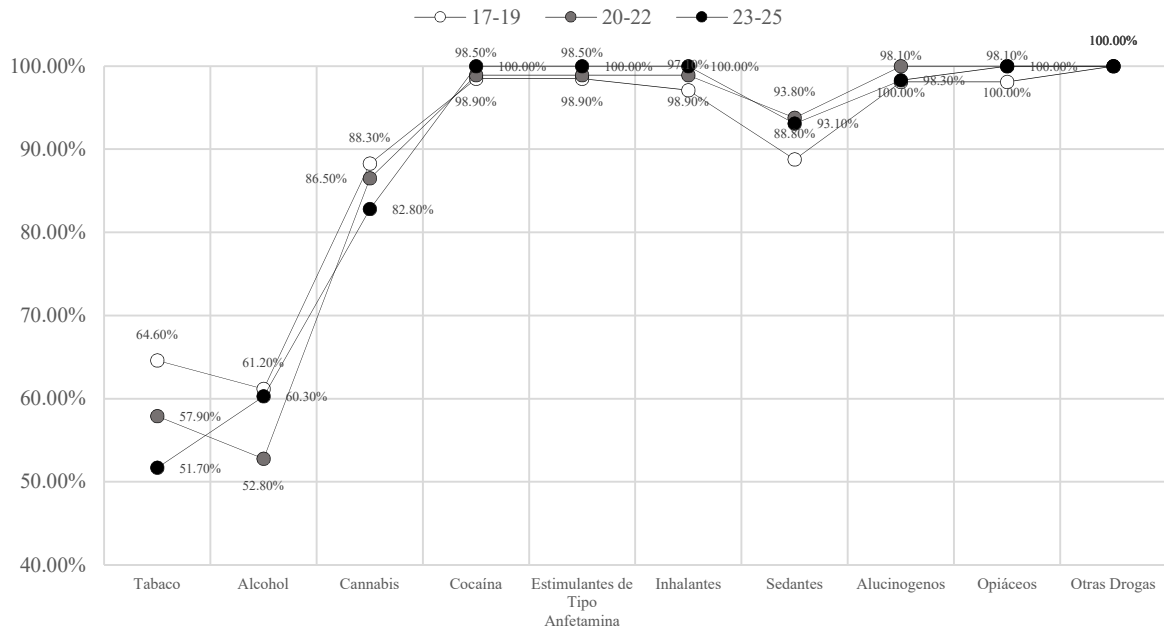
Por último, las sustancias que presentan una mayor prevalencia de consumo de riesgo bajo respecto a las demás en la categoría de edad 23 – 25 son otras drogas con 100,0%,

cocaína con 100,0%, estimulantes de tipo anfetamina con 100,0%, opiáceos con 100,0%, inhalantes con 100,0%, y alucinógenos con 98.3%.



**Figura 6**

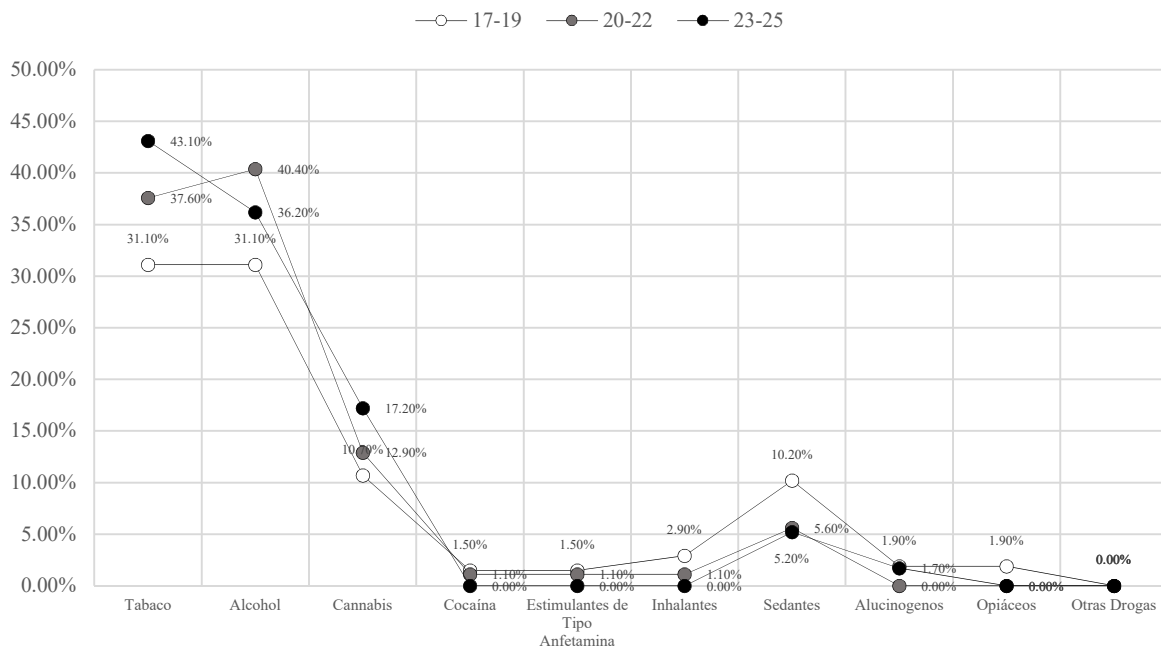
*Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Bajo según Edad*



Como se observa en la Figura 6, al comparar los porcentajes de prevalencia del consumo de riesgo bajo de sustancias psicoactivas según las categorías de edad de la muestra, estos son similares entre las distintas categorías siendo ligeramente mayor la de 17 – 19 respecto a las sustancias tabaco, alcohol, y cannabis; mientras que, en la categoría de 20 – 22 sobresale ligeramente en sedantes , y alucinógenos; y finalmente en la categoría de 23 – 25 las sustancias que poseen mayor prevalencia de consumo de riesgo bajo son cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, opiáceos, y otras drogas.

**Figura 7**

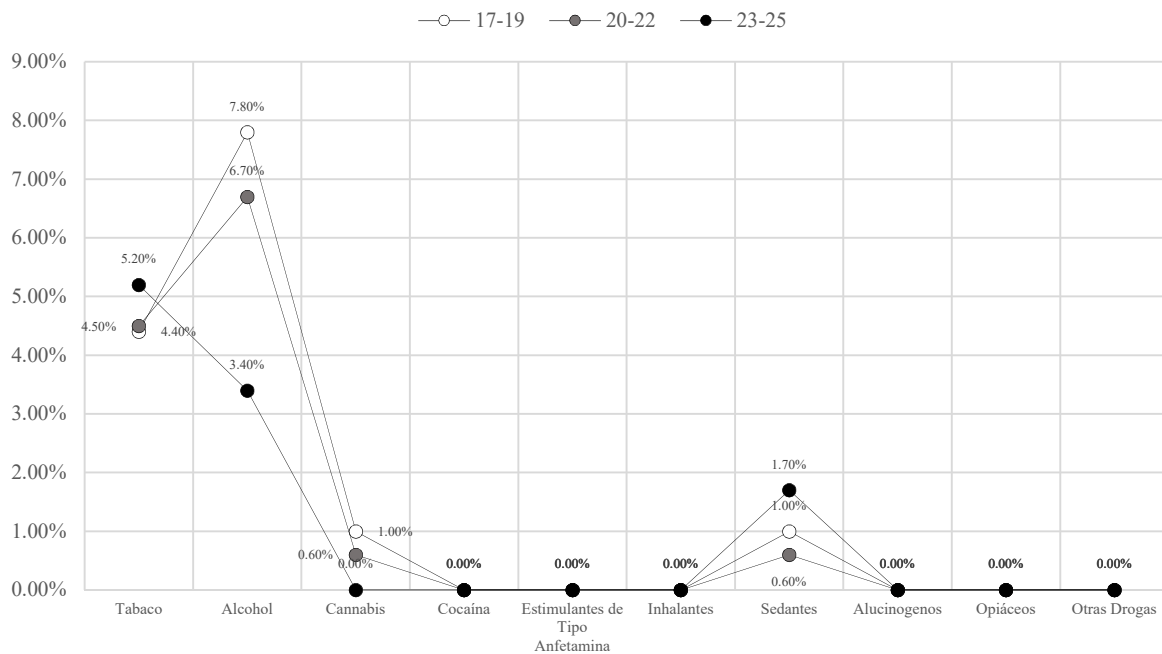
*Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Moderado según Edad*



Como se observa en la Figura 7, al comparar los porcentajes de prevalencia del consumo de riesgo moderado de sustancias psicoactivas según las categorías de edad de la muestra, estos son similares entre las distintas categorías siendo ligeramente mayor la de 23 – 25 en el consumo de tabaco, y cannabis; mientras que, en la categoría de 20 – 22 sobresale ligeramente en alcohol; y finalmente en la categoría de 17 – 19 las sustancias que poseen mayor prevalencia de consumo de riesgo bajo son sedantes, inhalantes, y opiáceos.

**Figura 8**

*Distribución de las Sustancias Psicoactivas con Consumo de Riesgo Alto según Edad*



Como se puede observar en la Figura 8, al comparar los porcentajes de prevalencia del consumo de riesgo alto de sustancias psicoactivas según las categorías de edad de la muestra, la categoría de 17 – 19 sobresale ligeramente en el consumo de alcohol y cannabis; mientras que, la categoría de 23 – 25 posee mayor prevalencia en el consumo de tabaco, y sedantes.

**Tabla 21**

*Distribución de consumo y policonsumo de Sustancias Psicoactivas según Edad*

Sustancias Psicoactivas	Edad					
	17-19		20-22		23-25	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consumo de sustancia						
Alguna vez	185	<b>89.8</b>	174	<b>97.8</b>	53	<b>91.4</b>
Nunca	21	10.2	4	2.2	5	8.6
Cant. Sust. C. de Riesgo Moderado y Alto						
0 Sustancias	95	46.1	67	37.6	22	37.9
1 Sustancia	52	<b>25.2</b>	43	<b>24.2</b>	13	<b>22.4</b>
2 Sustancias	28	<b>13.6</b>	51	<b>28.7</b>	17	<b>29.3</b>
3 Sustancias	22	<b>10.7</b>	13	<b>7.3</b>	5	<b>8.6</b>
4 Sustancias	3	<b>1.5</b>	4	<b>2.2</b>	1	<b>1.7</b>
5 Sustancias	2	<b>1.0</b>	0	0.0	0	0.0
6 Sustancias	4	<b>1.9</b>	0	0.0	0	0.0
7 Sustancias	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8 Sustancias	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9 Sustancias	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10 Sustancias	0	0.0	0	0.0	0	0.0

En la Tabla 21, se puede observar la distribución de la muestra según edad y la declaración de los participantes de nunca o alguna vez haber consumido al menos una sustancia psicoactiva a lo largo de su vida, de la cual se obtuvo que el 97.8% de la categoría de edad de 20 – 22 años consumió alguna vez al menos una sustancia; seguido del 91.4% de la categoría de edad de 23 – 25 años; y del 89.8% de la categoría de edad de 17 – 19 años.

Por otro lado, en la misma tabla se evidencia también que la distribución de la edad de la muestra según la cantidad de sustancias psicoactivas consumidas declaradas por los participantes, cuyo consumo de riesgo es moderado o alto, se obtuvo que, el 25.2% de la categoría de edad de 17 – 19 años consume solo una sustancia, mientras que el 28.7 % consume entre 2 y 6 sustancias; respecto a la categoría de edad de 20 – 22 años, el 24.2% consume solo una sustancia, mientras que el 38.2% consume entre 2 y 4 sustancias; y respecto a la categoría de edad de 23 – 25 años, el 22.4% consume solo una sustancia, mientras que el 39.6% consume entre 2 y 4 sustancias.

**Tabla 22**

*Relación entre Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas y Edad*

Sustancias Psicoactivas		Edad						X <sup>2</sup>	P
		17-19		20-22		23-25			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Tabaco	Bajo	133	30.1	103	23.3	30	6.8	3.89	0.42
	Moderado	64	14.5	67	15.2	25	5.7		
	Alto	9	2	8	1.8	3	0.7		
Alcohol	Bajo	126	28.5	94	21.3	35	7.9	4.85	0.32
	Moderado	64	14.5	72	16.3	21	4.8		
	Alto	16	3.6	12	2.7	2	0.5		
Cannabis	Bajo	182	41.2	154	34.8	48	10.9	2.47	0.64
	Moderado	22	5	23	5.2	10	2.3		
	Alto	2	0.5	1	0.2	0	0		
Cocaína	Bajo	203	45.9	176	39.8	58	13.1	0.85	0.51
	Moderado	3	0.7	2	0.5	0	0		
	Alto	0	0	0	0	0	0		
Estimulantes de Tipo Anfetamina	Bajo	203	45.9	176	39.8	58	13.1	0.85	0.65
	Moderado	3	0.7	2	0.5	0	0		
	Alto	0	0	0	0	0	0		
Inhalantes	Bajo	200	45.2	176	39.8	58	13.1	2.95	0.22
	Moderado	6	1.4	2	0.5	0	0		
	Alto	0	0	0	0	0	0		
Sedantes	Bajo	183	41.4	167	37.8	54	12.2	4.1	0.39
	Moderado	21	4.8	10	2.3	3	0.7		
	Alto	2	0.5	1	0.2	1	0.2		
Alucinógenos	Bajo	202	45.7	178	40.3	57	12.9	3.42	0.18
	Moderado	4	0.9	0	0	1	0.2		
	Alto	0	0	0	0	0	0		
Opiáceos	Bajo	202	45.7	178	40.3	58	13.1	4.62	0.09
	Moderado	4	0.9	0	0	0	0		
	Alto	0	0	0	0	0	0		
<b>Total</b>		206	46.6	178	40.3	58	13.1		

\*Relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ )

Se puede observar en la Tabla 22, a partir de la aplicación del estadístico chi cuadrado entre la variable consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y edad, no se evidencia relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ).



Tabla 23

*Distribución del Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas de la muestra según Facultades (1era. Parte)*

Sustancias Psicoactivas		Facultades																									
		Arq. e Ing. Civil		Cs. Cont. y Finan.		Cs. e Ing. Bio. y Quím.		Cs. e Ing. Fisc. y Form.		Cs. Econo. Admin.		Cs. Farm., Bioq. y Biotec.		Cs. Juríd. y Polít.		Cs. y Tec. Soc. y Human.		Enfer.		Med. Humana		Obstetricia y Pueri.		Odont.			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tabaco	B.	15	55.6	20	76.9	10	50.0	64	64.6	32	57.1	10	58.8	27	50.0	41	61.2	4	44.4	25	71.4	6	66.7	12	52.2		
	Mo.	12	<b>44.4</b>	5	<b>19.2</b>	9	<b>45.0</b>	29	<b>29.3</b>	21	<b>37.5</b>	6	<b>35.3</b>	23	<b>42.6</b>	25	<b>37.3</b>	4	<b>44.4</b>	9	<b>25.7</b>	2	<b>22.2</b>	11	<b>47.8</b>		
	A.	0	0.0	1	<b>3.8</b>	1	<b>5.0</b>	6	<b>6.1</b>	3	<b>5.4</b>	1	<b>5.9</b>	4	<b>7.4</b>	1	<b>1.5</b>	1	<b>11.1</b>	1	<b>2.9</b>	1	<b>11.1</b>	0	0.0		
Alcohol	B.	13	48.1	15	57.7	10	50.0	68	68.7	25	44.6	10	58.8	29	53.7	42	62.7	2	22.2	25	71.4	5	55.6	11	47.8		
	Mo.	9	<b>33.3</b>	11	<b>42.3</b>	8	<b>40.0</b>	23	<b>23.2</b>	26	<b>46.4</b>	7	<b>41.2</b>	19	<b>35.2</b>	25	<b>37.3</b>	6	<b>66.7</b>	7	<b>20.0</b>	4	<b>44.4</b>	12	<b>52.2</b>		
	A.	5	<b>18.5</b>	0	0.0	2	<b>10.0</b>	8	<b>8.1</b>	5	<b>8.9</b>	0	0.0	6	<b>11.1</b>	0	0.0	1	<b>11.1</b>	3	<b>8.6</b>	0	0.0	0	0.0		
Cannabis	B.	23	85.2	25	96.2	16	80.0	92	92.9	49	87.5	15	88.2	44	81.5	52	77.6	8	88.9	31	88.6	9	100.0	20	87.0		
	Mo.	4	<b>14.8</b>	0	0.0	4	<b>20.0</b>	6	<b>6.1</b>	7	<b>12.5</b>	2	<b>11.8</b>	10	<b>18.5</b>	14	<b>20.9</b>	1	<b>11.1</b>	4	<b>11.4</b>	0	0.0	3	<b>13.0</b>		
	A.	0	0.0	1	<b>3.8</b>	0	0.0	1	<b>1.0</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	<b>1.5</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Cocaína	B.	27	100.0	26	100.0	19	95.0	97	98.0	55	98.2	17	100.0	53	98.1	67	100.0	9	100.0	35	100.0	9	100.0	23	100.0		
	Mo.	0	0.0	0	0.0	1	<b>5.0</b>	2	<b>2.0</b>	1	<b>1.8</b>	0	0.0	1	<b>1.9</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	A.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Estimulantes de Tipo Anfetamina	B.	26	96.3	25	96.2	20	100.0	97	98.0	56	100.0	17	100.0	54	100.0	67	100.0	9	100.0	34	97.1	9	100.0	23	100.0		
	Mo.	1	<b>3.7</b>	1	<b>3.8</b>	0	0.0	2	<b>2.0</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	<b>2.9</b>	0	0.0	0	0.0		
	A.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Inhalantes	B.	27	100.0	25	96.2	19	95.0	96	97.0	56	100.0	17	100.0	54	100.0	66	98.5	9	100.0	34	97.1	9	100.0	22	95.7		
	Mo.	0	0.0	1	<b>3.8</b>	1	<b>5.0</b>	3	<b>3.0</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	<b>1.5</b>	0	0.0	1	<b>2.9</b>	0	0.0	1	<b>4.3</b>		
	A.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Sedantes	B.	26	96.3	26	100.0	17	85.0	91	91.9	51	91.1	17	100.0	47	87.0	60	89.6	9	100.0	31	88.6	8	88.9	21	91.3		
	Mo.	1	<b>3.7</b>	0	0.0	3	<b>15.0</b>	7	<b>7.1</b>	5	<b>8.9</b>	0	0.0	6	<b>11.1</b>	5	<b>7.5</b>	0	0.0	4	<b>11.4</b>	1	<b>11.1</b>	2	<b>8.7</b>		
	A.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	<b>1.0</b>	0	0.0	0	0.0	1	<b>1.9</b>	2	<b>3.0</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		



Como se puede observar en la Tabla 23 y en la Tabla 24, las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente son alcohol 51.8% (A=18.5%, M=33.3%), tabaco 44.4% (A=0.0%, M=44.4%), cannabis 14.8% (A=0.0, M=14.8%), estimulantes de tipo anfetamina 3.7% (A=0.0%, M=3.7%), y sedantes 3.7% (A=0.0%, M=3.7%).

Las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Ciencias Contables y Financieras son alcohol 42.3% (A=0.0%, M=42.3%), tabaco 23.0% (A=3.8%, M=19.2%), cannabis 3.8% (A=3.8, M=0.0%), estimulantes de tipo anfetamina 3.8% (A=0.0%, M=3.8%), e inhalantes 3.8% (A=0.0%, M=3.8%).

Las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas son Alcohol 50.0% (A=10.0%, M=40.0%), tabaco 50.0% (A=5.0%, M=45.0%), cannabis 20.0% (A=0.0, M=20.0%), sedantes 15.0% (A=0.0%, M=15.0%), cocaína 5.0% (A=0.0%, M=5.0%), inhalantes 5.0% (A=0.0%, M=5.0%), y alucinógenos 5.0% (A=0.0%, M=5.0%).

Las Sustancias Psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales son tabaco 35.4% (A=6.1%, M=29.3%), alcohol 31.3% (A=8.1%, M=23.2%), sedantes 8.1% (A=1.0%, M=7.1%), cannabis 7.1% (A=1.0, M=6.1%), inhalantes 3.0% (A=0.0%, M=3.0%), cocaína 2.0% (A=0.0%, M=2.0%), estimulantes de tipo anfetamina 2.0% (A=0.0%, M=2.0%), alucinógenos 1.0% (A=0.0%, M=1.0%), y opiáceos 1.0% (A=0.0%, M=1.0%).

Las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Ciencias Económico Administrativas son alcohol 55.3% (A=8.9%, M=46.4%), tabaco 42.9% (A=5.4%, M=37.5%), cannabis 12.5% (A=0.0, M=12.5%), sedantes 8.9%

(A=0.0%, M=8.9%), cocaína 1.8% (A=0.0%, M=1.8%), y alucinógenos 1.8% (A=0.0%, M=1.8%).

Las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Ciencias Farmacéuticas, Bioquímicas y Biotecnológicas son tabaco 41.2% (A=5.9%, M=35.3%), alcohol 41.2% (A=0.0%, M=41.2%), y cannabis 11.8% (A=0.0, M=11.8%).

Las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas son tabaco 50.0% (A=7.4%, M=42.6%), alcohol 46.3% (A=11.1%, M=35.2%), cannabis 18.5% (A=0.0, M=18.5%), sedantes 13.0% (A=1.9%, M=11.1%), y cocaína 1.9% (A=0.0%, M=1.9%).

Las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades son Tabaco 38.8% (A=1.5%, M=37.3%), Alcohol 37.3% (A=0.0%, M=37.3%), cannabis 22.4% (A=1.5, M=20.9%), sedantes 10.5% (A=3.0%, M=7.5%), inhalantes 1.5% (A=0.0%, M=1.5%), y opiáceos 1.5% (A=0.0%, M=1.5%).

Las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Enfermería son tabaco 55.5% (A=11.1%, M=44.4%), alcohol 77.8% (A=11.1%, M=66.7%), y cannabis 11.1% (A=0.0, M=11.1%).

Las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Medicina Humana son alcohol 28.6% (A=8.6%, M=20.0%), tabaco 28.6% (A=2.9%, M=25.7%), cannabis 11.4% (A=0.0, M=11.4%), sedantes 11.4% (A=0.0, M=11.4%), alucinógenos 5.7% (A=0.0%, M=5.7%), opiáceos 5.7% (A=0.0%, M=5.7%),

inhalantes 2.9% (A=0.0%, M=2.9%), y estimulantes de tipo anfetamina 2.9% (A=0.0%, M=2.9%).

Las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Obstetricia y Puericultura alcohol 44.4% (A=0.0%, M=44.4%), tabaco 33.3% (A=11.1%, M=22.2%), y sedantes 11.1% (A=0.0, M=11.1%).

Las sustancias psicoactivas que presentan consumo de riesgo moderado y alto en la facultad de Odontología son alcohol 52.2% (A=0.0%, M=52.2%), tabaco 47.8% (A=0.0%, M=47.8%), cannabis 13.0% (A=0.0, M=13.0%), sedantes 8.7% (A=0.0, M=8.7%), e inhalantes 4.3% (A=0.0%, M=4.3%).

Por otro lado, respecto a la Tabla 23 y Tabla 24, al comparar los porcentajes de consumo de riesgo alto y moderado de las sustancias psicoactivas de cada una de las facultades, se evidenció que la facultad enfermería con 55.5% (a=11.1%, m=44.4%), es la que posee mayor prevalencia de consumo de riesgo de tabaco; seguida de las facultades de Ciencias Jurídicas y Políticas con 50.0% (A=7.4%, M=42.6%), y Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas con 50.0% (A=5.0%, A=45.0%).

Respecto al consumo de riesgo de alcohol, las facultades que presentaron una mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado de dicha sustancia psicoactiva fueron las facultades de Enfermería con 77.8% (A=11.1%, M=66.7%), Ciencias Económico Administrativas 55.3% (A=8.9%, M=46.4), Odontología 52.2% (A=0.0%, M=52.2%), y Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente 51.8% (A=18.5%, M=33.3%).

Respecto al consumo de riesgo de cannabis, las facultades que presentaron una mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado de dicha sustancia psicoactiva fueron las facultades de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades con 22.4% (A=1.5, M=20.9%),

Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas con 20.0% (A=0.0, M=20.0%), y Ciencias Jurídicas y Políticas con 18.5% (A=0.0, M=18.5%).

respecto al consumo de riesgo de cocaína, las facultades que presentaron una mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado de dicha sustancia psicoactiva fueron las facultades de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas con 5.0% (A=0.0%, M=5.0%), Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales con 2.0% (A=0.0%, M=2.0%), Ciencias Jurídicas y Políticas con 1.9% (A=0.0%, M=1.9%), y Ciencias Económico Administrativas con 1.8% (A=0.0%, M=1.8%).

respecto al consumo de riesgo de estimulantes de tipo anfetamina, las facultades que presentaron una mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado de dicha sustancia psicoactiva fueron las facultades de Ciencias Contables y Financieras con 3.8% (A=0.0%, M=3.8%), Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente con 3.7% (A=0.0%, M=3.7%), Medicina Humana con 2.9% (A=0.0%, M=2.9%), y Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales con 2.0% (A=0.0%, M=2.0%).

Respecto al consumo de riesgo de inhalantes, las facultades que presentaron una mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado de dicha sustancia psicoactiva fueron las facultades Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas con 5.0% (A=0.0%, M=5.0%), Odontología con 4.3% (A=0.0%, M=4.3%), Ciencias Contables y Financieras con 3.8% (A=0.0%, M=3.8%), Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales con 3.0% (A=0.0%, M=3.0%), Medicina Humana con 2.9% (A=0.0%, M=2.9%), y Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades con 1.5% (A=0.0%, M=1.5%).

Respecto al consumo de riesgo de sedantes, las facultades que presentaron una mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado de dicha sustancia psicoactiva fueron las facultades Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas con 15.0% (A=0.0%, M=15.0%),

Ciencias Jurídicas y Políticas con 13.0% (A=1.9%, M=11.1%), Medicina Humana con 11.4% (A=0.0, M=11.4%), y Obstetricia y Puericultura con 11.1% (A=0.0, M=11.1%).

Respecto al consumo de riesgo de alucinógenos, las facultades que presentaron una mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado de dicha sustancia psicoactiva fueron las facultades Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas con 5.0% (A=0.0%, M=5.0%), Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales con 1.0% (A=0.0%, M=1.0%), Ciencias Económico Administrativas con 1.8% (A=0.0%, M=1.8%), y Medicina Humana con 5.7% (A=0.0%, M=5.7%).

Respecto al consumo de riesgo de opiáceos, las facultades que presentaron una mayor prevalencia de consumo de riesgo alto y moderado de dicha sustancia psicoactiva fueron las facultades Medicina Humana con 5.7% (A=0.0%, M=5.7%), Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades con 1.5% (A=0.0%, M=1.5%), y Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales con 1.0% (A=0.0%, M=1.0%).



En la Tabla 25, se puede observar la distribución de la muestra según facultades y la declaración de los participantes de nunca o alguna vez haber consumido al menos una sustancia psicoactiva a lo largo de su vida, de la cual se obtuvo que el 100.0% de los estudiantes de las facultades de Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, y Odontología consumieron alguna vez al menos una sustancia; por otro lado, el 70.6% de los estudiantes la facultad de Ciencias Farmacéuticas, Bioquímicas y Biotecnológicas declaró haber consumido alguna vez al menos una sustancia. La prevalencia de consumo de sustancias de cada de una de las facultades restantes oscila entre el 88.5% y el 98.2%.

Por otro lado, en la misma tabla se evidencia también que la distribución de las facultades de la muestra según la cantidad de sustancias psicoactivas consumidas declaradas por los estudiantes de las mismas, cuyo consumo de riesgo es moderado o alto, se obtuvo que, el 44.4% de los estudiantes de las facultades de Enfermería y Obstetricia y Puericultura, consumen solo una sustancia; mientras que la prevalencia de los estudiantes del resto de facultades que consumen una sola sustancia, oscilan entre el 17.9% y el 30.8% de la muestra.

Así también, se puede observar que las facultades que presentan una mayor prevalencia de estudiantes que tener un consumo de riesgo moderado o alto de 2 a más sustancias son las facultades de Ciencias Jurídicas y Políticas (con 46.3% de consumo de 2 a 3 sustancias), Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas (con 45.0% de consumo de 2 a 5 sustancias), Enfermería (con 44.4% de consumo de 2 a 3 sustancias), y Odontología (con 43.4% de consumo de 2 a 4 sustancias), y Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente (con 40.7% de consumo de 2 a 3 sustancias).

**Tabla 26**

*Relación entre las Sustancias Psicoactivas y Facultades*

Sustancias Psicoactivas	Facultades	
	X <sup>2</sup>	P
Tabaco	19.32	6.25
Alcohol	39.85	<b>0.01*</b>
Cannabis	22.32	0.44
Cocaína	6.27	0.85
Estimulantes de Tipo Anfetamina	7.86	0.72
Inhalantes	6.83	0.81
Sedantes	14.25	0.89
Alucinógenos	12.13	0.35
Opiáceos	11.49	0.40

\*Relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ )

Se puede observar en la Tabla 26, a partir de la aplicación del estadístico chi cuadrado entre la variable consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y facultades, se evidencia relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) en la sustancia alcohol ( $p = 0.01$ ).

## Discusión

La presente investigación tenía como objetivo general, determinar la relación entre los esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Pre – grado de la Universidad Católica de Santa María en el año 2019; lo cual teniendo en cuenta que las variables utilizadas poseían una amplia gama de indicadores y subindicadores, y que además no se podía establecer un solo indicador general que englobara el comportamiento de cada variable, se hizo necesario analizar el mismo y la relación de cada indicador y subindicador de cada una de las variables contra los de la otra, lo cual nos llevó a determinar la presencia o ausencia de relaciones estadísticamente significativas entre los componentes de las mismas.

De lo anterior, y de la gran cantidad de relaciones halladas que pueden ser observadas en nuestros resultados expuestos previamente, se pueden evidenciar algunas coincidencias con los resultados obtenidos por otros investigadores realizados tanto nacional como internacionalmente. Así también, cabe mencionar que respecto a la variable consumo de riesgo de sustancias psicoactivas, que enmarca las categorías de consumo de riesgo de diez tipos de sustancias, no se halló investigaciones previas que analizaran la totalidad de las mismas consideradas en el presente estudio; por lo que fue necesario recabar información de estudios específicos de cada sustancia o afines, contra variables similares a las utilizadas en la presente investigación.

Siendo así, en el estudio realizado por Huerta et al. (2017), que analizaba la relación entre el consumo de alcohol y los esquemas precoces desadaptativos en universitarios peruanos, encontraron una correlación estadísticamente significativa entre los esquemas privación emocional, grandiosidad / autorización, insuficiente autocontrol y búsqueda de aprobación/ búsqueda de reconocimiento y el consumo de dicha sustancia, lo cual se asemeja

con lo encontrado en nuestra investigación donde se halló una relación estadísticamente significativa entre los esquemas precoces desadaptativos privación emocional, insuficiente autocontrol y búsqueda de aprobación/ búsqueda de reconocimiento, y el consumo de riesgo de alcohol.

De igual forma, nuestros resultados concuerdan con los obtenidos por Gantiva et al. (2010) en su estudio sobre el consumo excesivo de alcohol y los esquemas mal adaptativos tempranos en universitarios colombianos, dónde hallaron correlaciones entre los esquemas abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, derecho / grandiosidad, autosacrificio, y entrapamiento (apego confuso/yo inmaduro), y el consumo excesivo de alcohol; coincidiendo en las relaciones encontradas en nuestra investigación respecto a los esquemas abandono / inestabilidad, desconfianza / abuso, apego confuso / yo inmaduro, e insuficiente autocontrol, y el consumo de riesgo de la sustancia psicoactiva mencionada.

Adicionalmente, en el presente estudio se encontró también otras relaciones estadísticamente significativas entre los esquemas imperfección / vergüenza, fracaso, y subyugación, y el consumo de riesgo de alcohol, mientras que, respecto al resto de esquemas no se evidenciaron relaciones estadísticamente significativas, incluidos los esquemas auto-sacrificio, grandiosidad / autorización, y vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, cuyas correlaciones fueron descritas por Espinoza (2019), Huerta et al. (2017), y Gantiva et al. (2010) respectivamente.

De lo anterior, CEDRO (2018) describe al alcohol como una droga depresora que entre sus efectos se encuentran algunos tales como alteración de percepciones y emociones, dificultad para asociar pensamientos, apatía, y somnolencia, sin embargo, es frecuente también que genere por otro lado euforia, desinhibición, y sociabilidad; por lo tanto, a partir de las relaciones estadísticamente significativas halladas en el presente estudio entre los

esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de alcohol, podría considerarse que los efectos de este último tienen relación con los estilos de afrontamientos disfuncionales mencionado por Young et al. (2013), donde por ejemplo en el estilo de afrontamiento de tipo evitación del esquema abandono / inestabilidad, Young et al. (2013) menciona que es frecuente que el consumo excesivo de alcohol en soledad sea una manifestación de dicho esquema. Por otro lado, si bien es cierto Young et al (2013) no precisa otras relaciones de los esquemas con el consumo de alcohol, nuestros resultados nos inclinan a pensar algunas posibles asociaciones con las características de los esquemas mencionados como por ejemplo, los esquemas de abandono / inestabilidad, desconfianza / abuso, privación emocional, imperfección / vergüenza, y fracaso podrían estar relacionados con el consumo de alcohol a través del estilo de afrontamiento de tipo evitación, comportándose el consumo como una conducta de fuga que permitiría combatir a algunas de las ideas, expectativas, creencias, frustraciones, etc. características de dichos esquemas, como la preocupación excesiva por ser abandonados, o la creencia de que los demás buscan abusar o beneficiarse de ellos, la convicción de que sus necesidades emocionales no van a ser cubiertas por sus seres queridos, la firme idea de poseer defectos que hace imposible que sean merecedores del afecto de los demás, o la arraigada convicción de que el fracaso fue, es y siempre será el resultado inevitable de todo lo que se proponga hacer, siendo de esta manera, los efectos depresores y de alteración para la asociación de pensamientos propios del alcohol, un modo de aliviar y desconectar las continuas ideas producto de la activación de los esquemas mencionados, detonado así un posible argumento para el inicio del consumo y su posterior mantención.

Así también, las relaciones estadísticamente significativas halladas con los esquemas subyugación y búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento, podrían estar ligadas también al inicio del consumo en cuanto a la búsqueda de preservar la relación con grupos o seres queridos que tengan dentro de sus características el consumo de dicha sustancia, por lo

que un individuo, de acuerdo a lo descrito por Young et al. (2013), pese a la discrepancia de dichas características contrastadas contra sus propias preferencias, deseos o emociones, estaría dispuesto a suprimirlas a fin de alinearse a las necesidades de los demás y evitar el abandono o represalias; mientras que por otro lado, el interés por forma parte de un grupo, ser reconocido o buscar la estima de seres queridos específicos generaría una marcada orientación a consumir alcohol si es que esto fuera parte de las ideas o creencias de los mencionados grupos. Así también, el esquema Insuficiente autocontrol podría estar ligado al Abuso del Alcohol, o al mantenimiento y perpetuación indirecta de los otros esquemas, si es que a través del consumo del mismo se encontrara aparente alivio (Young et al., 2013).

Adicionalmente, y dadas las inferencias anteriormente descritas, deriva una nueva hipótesis que podría ser interesante posteriormente estudiar, donde la multipresencia de esquemas y su naturaleza íntimamente ligada entre los mismos, podría sugerir que, a mayores presencias predominantes de esquemas en un individuo, mayor podría ser su riesgo de consumir y abusar del Alcohol.

Respecto a la relación de los esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo del resto de sustancias psicoactivas consideradas en la presente investigación, se encontró únicamente el estudio realizado por Malacas (2013), quien analizó los Esquemas Disfuncionales Tempranos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en diversas comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana, donde a través de la categorización de las sustancias psicoactivas en estimulantes, depresoras, alucinógenas y mixtas, halló relación estadísticamente significativa entre las mismas y los esquemas aislamiento social / alienación, enmarañamiento (apego confuso/yo inmaduro) y auto-sacrificio. Por lo que, para el contraste de los resultados obtenidos por Malacas (2013) y los evidenciados en la presente investigación, se consideró la clasificación de la Comisión Interamericana para el Control del

Abuso de Drogas (CICAD) (2003, citado por Lastre, Gaviria y Arrieta, 2013), donde las sustancias tabaco, cocaína, y estimulantes de tipo anfetamina pertenecen a la categoría de estimulantes, las sustancias alcohol, inhalantes, sedantes y opiáceos pertenecen a la categoría de depresoras, las sustancias alucinógenas pertenecen a la categoría del mismo nombre, y por último el cannabis y sus derivados pertenecen a la categoría de mixtas.

Es así que, de los resultados obtenidos por Malacas (2013), se hallaron algunas coincidencias con los obtenidos en la presente investigación, siendo por ejemplo la relación del esquema precoz desadaptativo aislamiento social / alienación, y el consumo de riesgo de cannabis, cocaína, e inhalantes; de igual forma, la relación del esquema enmarañamiento (apego confuso/yo inmaduro) y el consumo de riesgo de alcohol, estimulantes de tipo anfetaminas, y sedantes. sin embargo, nuestros resultados discrepan respecto a la relación evidenciada por Malacas (2013), entre el esquema auto-sacrificio y el consumo de sustancias psicoactivas, dado a que no se hallaron relaciones estadísticamente significativas, entre el mencionado esquema y las sustancias psicoactivas consideradas en el presente estudio.

Por otro lado, tal como se menciona anteriormente, en el presente estudio se hallaron diversas relaciones entre los esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de las sustancias psicoactivas consideradas, de las cuales no se encontraron antecedentes investigativos previos, pero destacan por ejemplo la presencia de relaciones estadísticamente significativas entre nueve esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de alcohol, y estimulantes de tipo anfetamina, seguidos de las relaciones entre seis y cinco esquemas precoces desadaptativos, y el consumo de riesgo de inhalantes y tabaco respectivamente, las cuales pueden ser analizadas más a detalle en los cuadros presentados en el apartado de resultados previamente expuesto, donde la importancia de dichos resultados, radica en que podrían ser un punto de partida para la propuesta de modelos o

caracterizaciones tempranas de individuos con tendencia a ser consumidores de riesgo de sustancias psicoactivas. Así también, destaca que los esquemas grandiosidad / autorización, auto-sacrificio, negatividad / pesimismo, inhibición emocional, y metas inalcanzables / hipercriticismo, no presentaron relaciones estadísticamente significativas con alguna de las sustancias psicoactivas consideradas en el presente estudio, a pesar de que otros autores tales como Espinoza (2019), Huerta et al. (2017), Malacas (2013), y Gantiva et al. (2010), describieron la relación de algunos de ellos en sus respectivas investigaciones. Por otro lado, cabe mencionar, que en general todas las sustancias psicoactivas consideradas, presentaron relaciones estadísticamente significativas, con al menos un esquema precoz desadaptativo, lo cual nos inclina a pensar que las variables de estudio de la presente investigación son dependientes, por lo que sería de utilidad ampliar y profundizar la investigación a fin de conocer más a detalle el grado y direccionalidad de la relación de dichas variables, en pos de entender de mejor manera su comportamiento e interacción.

De igual forma, de acuerdo a los efectos del consumo de tabaco descritos por CEDRO (2018) entre los que se encuentran el aumento de capacidad de concentración, mejora en el estado del ánimo, generación de estados de relajación, estado de apatía, y somnolencia, guardan relación con los descrito por NIDA (2020c) donde el consumo de dicha sustancia promueve la segregación de adrenalina y dopamina lo cual estimula de las zonas del cerebro ligadas con el placer causando satisfacción momentánea en el consumidor; es así que dichas características podrían estar asociadas al alivio y perpetuación de los esquemas desconfianza / abuso, privación emocional, fracaso, y subyugación a través de los distintos estilos de afrontamiento mencionados por Young et al. (2013), donde por ejemplo los efectos de satisfacción y placer momentáneo, aunados con la aparente mejora del estado del ánimo y generación de un estado de relajación producidos por dicha sustancia ayudarían a combatir en el consumidor las ideas y creencias de que las personas que lo rodean desean abusar y

beneficiarse de ellos o la arraigada y constante frustración de sentir que ninguna de sus necesidades emocionales de cuidado empatía y protección serán satisfechas. Así también, el efecto de aparente aumento de la concentración podría asociarse con el esquema fracaso el cual está caracterizado por una firme convicción de haber fracasado en todo y que es el único resultado probable frente a todo objetivo que el individuo se proponga por lo que el consumo de Tabaco podría por ejemplo ser un estilo de afrontamiento de tipo sobrecompensación si es que este es considerado como un método para mejorar su desempeño frente a cualquier reto. Por otro lado, el esquema de subyugación podría estar ligado al inicio del consumo de dicha sustancia a través del estilo de afrontamiento de tipo rendición, si es que al consumir dicha sustancia aumenta las probabilidades de preservar los vínculos pese a que dicho esto discrepe con las ideas, preferencias y posturas propias del individuo.

Por otra parte, respecto a las relaciones estadísticamente significativas entre los esquemas aislamiento social / alienación, fracaso, y subyugación y el consumo de riesgo de cannabis, estas relaciones podrían ser explicadas si se tiene en cuenta los efectos descritos por CEDRO (2018) y Caudevilla & Cabrera (2008), entre los que destacan la relajación, desinhibición, euforia, alivio del dolor, incremento de la percepción a través de los sentidos, pensamiento creativo, filosófico o profundo, incremento de la conexión cuerpo/mente, alucinaciones visuales y somnolencia; donde dichos efectos podrían relacionarse a los estilos de afrontamiento desarrollados por Young et al. (2013) entre los que por ejemplo, a través del estilo de tipo rendición o sobrecompensación frente al esquema Aislamiento social / alienación, si se considera al consumo de cannabis como una manera de mantener la distancia del contexto social o como un alivio de las posibles consecuencias emocionales al combatir la activación del mencionado esquema; mientras que, a través del estilo de tipo evitación frente al esquema Fracaso, el consumo de dicha sustancias actuaría como un método de fuga , y frente al esquema Subyugación a través del estilo de afrontamiento de tipo rendición como

una forma de desinhibición o de tipo evitación como una forma de alivio de las consecuencias de la activación de dicho esquema.

Así también, respecto a las relaciones estadísticamente significativas entre los esquemas privación emocional, insuficiente autocontrol, y castigo, y el consumo de riesgo de sedantes, estas relaciones podrían entenderse si tenemos en cuenta los efectos de dicha sustancia descritos por NIDA (2018a), UNODC (2017) y OMS (2008) entre los que destacan la somnolencia, efectos anestésicos y efectos hipnóticos, aunados a las causas del consumo de sedantes descritos por Mayo Clinic (2018) entre las que destacan la búsqueda de relajarse o aliviar tensiones, experimentar los efectos mentales de la sustancia, mantener una adicción y prevenir la abstinencia, y ser aceptados por los pares o socializar; donde dichos efectos y causas podrían relacionarse a los estilos de afrontamiento desarrollados por Young et al. (2013) entre los que por ejemplo, a través del estilo de afrontamiento de tipo rendición frente al esquema privación emocional, insuficiente autocontrol y castigo, el consumo funcionaría como un modo de aliviar las consecuencias producidas por la activación de dichos esquemas, lo cual podría contribuir a la perpetuación de los mismos e incrementar el consumo de dicha sustancia.

Respecto a la distribución de la muestra en base a la presencia de los esquemas precoces desadaptativos, se pudo determinar que en general la prevalencia de todos los esquemas oscilaba entre el 19.2% y el 29.6%; siendo los esquemas abandono / inestabilidad (29,6%) y desconfianza / abuso (27.1%), los que presentaron la mayor prevalencia en nuestra investigación; sin embargo, se debe tener en cuenta que los esquema precoces desadaptativos no son mutuamente excluyentes por lo que una misma persona puede presentar más de un esquema en simultáneo, lo que significa que a pesar de que la prevalencia individual de cada esquema oscila entre los valores previamente mencionados, el 83.9% de la muestra presenta

al menos un esquema precoz desadaptativo, lo cual resulta revelador para la investigación y representa un criterio a considerar en futuras investigaciones, dado a que podría ser causal de correlaciones espurias o de poca intensidad. Así también, los resultados encontrados en la presente investigación discrepan con los obtenidos por Gargurevich (2019) quien en su estudio analizó los esquemas mal adaptativos en estudiantes universitarios y jóvenes con educación superior militar peruanos, donde evidenció que los esquemas precoces desadaptativos con mayor prevalencia en los estudiantes universitarios fueron los esquemas de grandiosidad / autorización, subyugación, auto-sacrificio, y metas inalcanzables/hipercriticismo.

Respecto a la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la muestra considerada en la presente investigación, se evidenció que las sustancias que presentaron una mayor prevalencia combinada de consumo de riesgo alto y moderado fueron el alcohol (42.3%), tabaco (39.8%), cannabis (13.1%), y sedantes (8.6%); así también, el tipo de consumo que en general tuvo una mayor prevalencia en todas las sustancias psicoactivas analizadas fue el consumo de riesgo bajo, el cual oscilaba entre el 86% y el 100% en cada sustancia individualmente, a excepción del tabaco y alcohol cuyas prevalencias fueron de 60.2% y 57.7% respectivamente. No obstante, al igual que la variable esquemas precoces desadaptativos el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas no es mutuamente excluyente por lo que un mismo individuo puede presentar consumo de riesgo de más de una sustancia en simultáneo, lo cual, tras el análisis de dicha característica, se evidenció que el 93.2% de la muestra consumió al menos una sustancia psicoactiva en algún momento de su vida, mientras que el 58.3% de la muestra presenta consumo de riesgo moderado o alto de al menos una sustancia, de los cuales está compuesto por el 24.4% que consume solo una sustancia psicoactiva y el 33.9% que consume al menos dos sustancias en simultáneo. Estos resultados son relevantes dado que, podrían ser explorados a mayor profundidad a fin de establecer

nuevas hipótesis de factores que determinan el consumo de sustancias psicoactivas y su posterior consumo de riesgo en algunos casos, así también, podría aportar información relevante el análisis del consumo y policonsumo entre relación a factores y motivadores intrínsecos y extrínsecos.

Adicionalmente, los resultados obtenidos en la presente investigación guardan cierta relación con los evidenciados por Urrego (2015) en su estudio acerca de la relación entre esquemas maladaptativos tempranos y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una universidad en Colombia, donde halló que las sustancias que presentaron mayor prevalencia de consumo fueron alcohol (97.1%), cigarrillo (68.6%), marihuana (78.6%), cocaína (28.6%), y tranquilizantes (34.3%); dichos resultados coincidieron parcialmente con los obtenidos en la presente investigación, donde al igual que en la investigación mencionada, las sustancias con mayor consumo de riesgo en nuestra muestra fueron el alcohol, tabaco, cannabis, y sedantes; sin embargo, con prevalencias y órdenes distintos.

Respecto al análisis de los esquemas precoces desadaptativos según las variables sociodemográficas género, edad y facultades de estudio se obtuvieron una gran variedad de resultados que pueden ser relevantes para futuras investigaciones y en el planteamiento de nuevas hipótesis que busquen explorar la interacción entre las variables de estudio y las características propias de una población.

Es así que, respecto a la variable sociodemográfica género, los esquemas que poseen mayor prevalencia en el género femenino son abandono / inestabilidad (28.8%), desconfianza / abuso (26.1%), e inhibición emocional (26.1%), mientras que, en el género masculino destacaron los esquemas de grandiosidad / autorización (31.4%), abandono / inestabilidad (30.8%), y castigo (30.3%), de lo cual resalta la coincidencia entre las prevalencias más altas de cada género, la presencia del esquema abandono / inestabilidad. Así también, se pudo

evidenciar que el género Masculino presenta mayor prevalencia en todos los esquemas precoces desadaptativos, excepto en los esquemas apego confuso / yo inmaduro, auto-sacrificio, e inhibición emocional, los cuales fueron más prevalentes en el género femenino. Por otra parte, en el análisis de la relación entre los esquemas precoces desadaptativos y la variable sociodemográfica mencionada, se evidenció relación estadísticamente significativa entre los esquemas privación emocional, imperfección / vergüenza, aislamiento social / alienación, dependencia / incompetencia, grandiosidad / autorización, insuficiente autocontrol, búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento, y castigo, lo cual sugiere que existen diferencias significativas respecto a la presencia de dichos esquemas según cada género. Estas relaciones estadísticamente significativas podrían deberse a las experiencias vitales precoces propias de la génesis de cada esquema y su posible relación con otros factores socioculturales y contextuales que podrían aumentar o disminuir la probabilidad de vivir dichas experiencias según cada género, por lo que, posterior de la exploración de la aportación de cada género a la significancia obtenida, resultaría enriquecedor investigar la comparación de dichas experiencias según cada género.

Estos resultados comparados con los obtenidos por Gantiva et al. (2010) quien encontró en su estudio que el género femenino era el que poseía mayor prevalencia de esquemas precoces desadaptativos y relaciones estadísticamente significativas entre el género y los esquemas autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, estándares inflexibles, inhibición emocional, derecho / grandiosidad, y entrapamiento (apego confuso / yo inmaduro), discrepan con nuestros resultados respecto a la prevalencia de los esquemas según género, pero coinciden en la relación hallada con los esquemas privación emocional, grandiosidad / autorización, e insuficiente autocontrol. Por otro lado, nuestros resultados respecto a la prevalencia coinciden con los obtenidos por Iturregui (2017) en su estudio acerca de los Esquemas Disfuncionales Tempranos y la Dependencia Emocional en

estudiantes universitarios de Lima, donde halló que el género masculino presentaba una mayor prevalencia en todos los esquemas precoces desadaptativos en comparación al género femenino y que existen diferencias estadísticamente significativas de los mismos según el género, lo cual también fue evidenciado por Huerta et al. (2017) quien encontró que los el Género Masculino tenía una mayor prevalencia de esquemas precoces desadaptativos en comparación con el género femenino. Esta incongruencia respecto a los resultados y las investigaciones citadas podrían deberse a otros aspectos propios de la muestra considerada por cada investigación, donde, por ejemplo, el estudio realizado por Gantiva et al. (2010) contempló como población a un grupo de universitarios de Colombia, mientras que Iturregui (2017) y Huerta et al. (2017) contemplaron a universitarios peruanos, lo cual podría sugerir que existen aspectos socioculturales que podrían estar relacionados a los esquemas precoces desadaptativos y que podrían ser consideradas como hipótesis de trabajo en futuras investigaciones.

Respecto al análisis de los esquemas precoces desadaptativos y la variable sociodemográfica edad, los esquemas más prevalentes entre las edades 17 – 19 años, fueron los esquemas abandono / inestabilidad (33%), dependencia / incompetencia (27.7%), y castigo (27.7%), mientras que, en la categoría de edad 20 – 22, fueron los esquemas de desconfianza / abuso (30.9%), abandono / inestabilidad (29.2%), e inhibición emocional (27.5%), y en la categoría de edad 23 – 25, resaltaron los esquemas metas inalcanzables / hipercriticismo (25.9%), aislamiento social / alienación (22.4%), grandiosidad / autorización (20.7%), y auto – sacrificio (20.7%); así también, de la comparación de la prevalencia de los esquemas presentes en los tres grupos etarios considerados, la categoría de edad de 17 – 19 fue en la que en general presentó la mayor prevalencia de esquemas precoces desadaptativos, seguido de la categoría de edad 20 – 22 y 23 – 25; mientras que, respecto al análisis de la relación entre los esquemas y la variable sociodemográfica mencionada, se evidenció relación

estadísticamente significativa entre los esquemas precoces desadaptativos imperfección / vergüenza, dependencia / incompetencia y castigo. Si bien es cierto se encontraron algunos estudios que contemplaban las variables de la presente investigación en poblaciones con características similares, estos no desarrollaron análisis específicos según la variable sociodemográfica edad por lo que resulta difícil contrastar nuestros resultados con estudios previos. Sin embargo, nuestros resultados guardan relación con los obtenidos por Iturregui (2017) quien halló que existen diferencias estadísticamente significativas de los Esquemas Disfuncionales Tempranos según la Edad.

A pesar de las relaciones estadísticamente significativas evidenciadas entre los esquemas precoces desadaptativos y la variable sociodemográfica edad, se recomienda un análisis más profundo de dichas relaciones a fin de comprobar que no se traten de relaciones espurias; por otro lado, estas relaciones podrían sugerir que existen factores propios de la edad, del desarrollo humano, y características del contexto relacionados a la edad, tales como responsabilidades, madurez emocional, objetivos y expectativas de vida, etc., que podrían influir en la activación de dichos esquemas y su posible perpetuación o cambio a través de los estilos de afrontamientos de cada individuo.

Respecto, al análisis de los esquemas precoces desadaptativos y la variable sociodemográfica facultad de estudio a la que pertenecen los evaluados de la muestra, se evidenció que la facultad que en general posee la mayor prevalencia de esquemas precoces desadaptativos fue la de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas con una media 38.33%, seguida de Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente con una media de 28.37%, y Medicina Humana con una media de 27.78%. Así también, al analizar la relación de dichas variables se halló relación estadísticamente significativa con los esquemas imperfección / vergüenza, fracaso, grandiosidad / autorización, y negatividad / pesimismo.

Siendo así, respecto al contraste de nuestros resultados con estudios previos, no se hallaron estudios que consideren la totalidad de facultades evaluadas en la presente investigación, dado que en su mayoría los estudios revisados consideraban muestras procedentes de una o dos facultades únicamente. Sin embargo, al comparar algunos de nuestros resultados específicamente, estos guardan relación con los obtenidos por Huerta et al. (2017) quien consideró en su estudio una muestra compuesta por estudiantes de carreras de Ciencias de la Salud e Ingenierías, evidenciando que respecto a la comparación de las prevalencias, las Carreras Profesionales de Ingeniería presentaron mayores rangos promedio, así como también determinó que existen diferencias estadísticamente significativas con los esquemas inhibición emocional, grandiosidad / autorización, insuficiente autocontrol y negatividad / pesimismo; dichos resultados coinciden con los obtenidos en la presente investigación respecto a la prevalencia, teniendo en cuenta que para su contraste se consideraron las facultades de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas y Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales dentro de las carreras de Ingenierías, y las facultades de Ciencias Farmacéuticas, Bioquímicas y Biotecnológicas, Medicina Humana, y Odontología dentro de las carreras Ciencias de la Salud, así como también con la relación estadísticamente significativa con los esquemas grandiosidad / autorización, y negatividad / pesimismo.

Las relaciones estadísticamente significativas podrían estar relacionadas a características propias de cada facultad y las especialidades de estudio de cada carrera profesional, dado que estas podrían contribuir a la propensión de la activación de dichos esquemas en los estudiantes que los posean, y así según sus propios estilos de afrontamiento, devenir en la decisión de la carrera de estudio y en el cambio o perpetuación de los mismos.

No obstante, a pesar de los resultados obtenidos a partir del análisis de los esquemas precoces desadaptativos según la variable sociodemográfica facultad, es recomendable que se

explora dichos resultados a mayor profundidad, teniendo en cuenta algunas características propias del perfil del estudiante de cada una de las escuelas profesionales pertenecientes a las Facultades consideradas en la investigación, a fin de evitar posibles relaciones espurias o atribuciones de dependencia que puedan distar de la realidad.

Por otro lado, del análisis del consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y las variables sociodemográficas consideradas en la presente investigación, se obtuvo que respecto al género de la muestra, el consumo de riesgo que presentó una mayor prevalencia en ambos géneros fue el de tipo bajo, con prevalencias que oscilan entre el 55.1% y el 100% en todas las sustancias psicoactivas evaluadas; sin embargo, las sustancias que presentaron una mayor prevalencia combinada de consumo de riesgo alto y moderado tanto en el género femenino y masculino fueron el alcohol, tabaco, cannabis y sedantes, siendo las prevalencias ligeramente mayores en el género masculino, a excepción de sedantes, donde la prevalencia fue notablemente mayor en el género femenino. Así también, respecto al análisis dicotómico de consumo y no consumo de sustancias psicoactivas, el 94.6% del género femenino declaró haber consumido alguna vez en su vida al menos una sustancia, frente al 91.4% del género masculino, mientras que al analizar la cantidad de sustancias psicoactivas consumidas simultáneamente y cuyo consumo de riesgo es moderado o alto según cada género, se evidenció que, en el caso del género femenino, el 24.5% consume solo una sustancia y el 32.6% consume de 2 a más, frente al 24.3% y 35.7% respectivamente declarado por el género masculino.

Así también, al analizar la relación entre la variable consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y el género de la muestra, se evidenció relación estadísticamente significativa únicamente en la sustancia sedantes, por lo que se puede inferir que el género no resulta ser

un factor determinante en el consumo de riesgo de la mayoría de sustancias psicoactivas consideradas en la presente investigación.

Por otro lado, de la relación estadísticamente significativa evidenciada entre el consumo de riesgo de sedantes y el género, esta podría atribuirse a las características de cada género y los factores socioculturales que los afectan, donde de acuerdo a los mencionado por Mayo Clinic (2018) y Hawkins et al. (1992), Petterson et al. (1992), Moncada (1997), Pollard et al. (1997), Kumpfer et al. (1998) y Muñoz-Rivas et al. (2000) (citados por Becoña, 2002) algunos de los factores de riesgo del consumo de dicha sustancia son la historia clínica familiar de consumo, enfermedades psiquiátricas preexistentes en el individuo, y a la presión social y susceptibilidad a la misma de un entorno social donde le consumo de dicha sustancia sea habitual, por lo que sería enriquecedor ampliar la investigación del consumo de Sedantes contemplando dichos factores ya que estos podrían ser determinantes en la propensión del inicio del consumo de dicha sustancia y posterior abuso.

Es así que, los resultados previamente mencionados coinciden con lo evidenciado por CEDRO (2017) en su investigación donde halló que el género masculino posee una mayor prevalencia de consumo de las sustancias psicoactivas alcohol, tabaco, cannabis, cocaína; así también, coincide parcialmente con lo encontrado por Huerta et al. (2017), quien halló en su estudio aplicado en universitarios peruanos, que el género masculino presentaba una mayor prevalencia de consumo de alcohol en comparación al femenino, sin embargo, en la presente investigación no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el género y el consumo de riesgo de alcohol tal como Huerta et al. (2017) mencionó en su estudio; por otro lado, nuestros resultados discrepan también con los obtenidos por Urrego (2015) y Gantiva et al. (2010) quienes encontraron, en sus respectivas investigaciones en muestras de universitarios colombianos, que el género femenino presentaba una mayor prevalencia de

consumo de sustancias psicoactivas y alcohol respectivamente, lo cual sugiere que podría haber aspectos socioculturales propios de la realidad y contexto nacional de cada individuo que se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas según el género.

Respecto al análisis del consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y la categoría de edad de la muestra, se observó que de las sustancias psicoactivas evaluadas, el consumo de riesgo que presentó una mayor prevalencia en las tres categorías de edad es el de tipo bajo, con prevalencias que oscilaban entre el 51.7% y el 100%; por otro lado, las sustancias psicoactivas que presentaron mayor prevalencia combinada de consumo de riesgo alto y moderado en todas las categorías de edad consideradas fueron el alcohol, tabaco, cannabis, y sedantes. Mientras que, al comparar los porcentajes de prevalencia del consumo de riesgo moderado y alto de sustancias psicoactivas según las categorías de edad de la muestra, las prevalencias en las 3 categorías de edad fueron muy similares, destacando ligeramente la categoría de 17 – 19 en el consumo de la mayoría de las sustancias psicoactivas a excepción del alcohol que tiene mayor prevalencia en la categoría de 20 – 22 años, y el tabaco y cannabis cuya prevalencia es mayor en la categoría de 23 – 25 años; es así que, dichos resultados coinciden parcialmente con CEDRO (2017) donde se halló que el consumo de alcohol y cannabis tenían una mayor prevalencia entre las edades 19 - 24 años, mientras que el tabaco 25 – 29 años. Por otro lado, respecto al análisis dicotómico de consumo y no consumo de sustancias psicoactivas, el 97.8% de la categoría de edad de 20 – 22 años consumió alguna vez al menos una sustancia; seguido del 91.4% de la categoría de edad de 23 – 25 años; y el 89.8% de la categoría de edad de 17 – 19 años; mientras que al analizar la cantidad de sustancias psicoactivas consumidas simultáneamente y cuyo consumo de riesgo es moderado o alto según cada grupo etario, el 25.2% de la categoría de edad de 17 – 19 años consume solo una sustancia, frente al 28.7 % que consume de 2 a más, en comparación al

24.2% y 38.2% de la categoría edad 20 -22; y el 22.4% y el 39.6% de la categoría 23 – 25, respectivamente.

Así también, al analizar la relación entre la variable consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y edad de la muestra, no se evidenció relación estadísticamente significativa, por lo que se infiere que la edad no está relacionada al consumo de riesgo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, al haberse encontrado resultados relevantes a nivel descriptivo de la prevalencia de consumo de sustancias, se sugiere profundizar dichos resultados ampliando el rango de edades a considerar, lo cual podría brindar una perspectiva más amplia acerca del consumo de riesgo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida.

Respecto al análisis del consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y la facultad a la cual pertenecen los evaluados de la muestra, se halló que las sustancias que presentaron una mayor prevalencia combinada de consumo de riesgo moderado y alto en todas las facultades consideradas, fueron el alcohol y el tabaco, interpolando su posición en algunos casos, o coincidiendo en porcentajes de prevalencia en otros. Por otro lado, al realizar el análisis específico de la facultad que presenta mayor prevalencia combinada de consumo de riesgo moderado y alto de cada sustancia, se obtuvo que la mayor prevalencia respecto al tabaco y al alcohol fue presentada por la facultad de Enfermería, con 55.5% y 77.8% respectivamente, así también respecto al consumo de cannabis, la facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades fue quien presentó la mayor prevalencia con 22.4%; el resto de sustancias, presentaron prevalencias menores al 20.0%, sin embargo, los prevalencias por facultad guardan relación con la prevalencia general de la muestra respecto a cada sustancia, por lo que resulta relevante mencionar que respecto a los sedantes, cocaína, e inhalantes, la facultad Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas fue quien presentó mayor prevalencia con 15.0%, 5.0%, y 5.0% respectivamente, mientras que la facultad de Medicina Humana fue la

que presentó la mayor prevalencia de consumo de alucinógenos y opiáceos con 5.7% en cada una, y las facultades de Ciencias Contables y Financieras y Arquitectura e Ingenierías Civil, presentaron la mayor prevalencia de consumo de estimulantes de tipo anfetamina con 3.8% y 3.7%.

Por otro lado, respecto al análisis dicotómico de consumo y no consumo de sustancias psicoactivas, resalta que el 100.0% de los estudiantes de las facultades de Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, y Odontología consumieron alguna vez al menos una sustancia, mientras el resto de prevalencias por facultad oscila entre el 70.6% y 98,2%; así también, al analizar la cantidad de sustancias psicoactivas consumidas simultáneamente y cuyo consumo de riesgo es moderado o alto según cada facultad, se obtuvo que el 44.4% de los estudiantes de las facultades de Enfermería y Obstetricia y Puericultura, consumen solo una sustancia; mientras que la prevalencia de los estudiantes del resto de facultades que consumen una sola sustancia, oscilan entre el 17.9% y el 30.8% de la muestra, mientras que las facultades de Ciencias Jurídicas y Políticas (46.3%), Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas (45.0%), Enfermería (44.4%), Odontología (43.4%), y Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente (40.7%), son las que presentan prevalencias relevantes respecto al consumo de 2 o más sustancias psicoactivas.

Así también, al analizar la relación entre la variable consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y la facultad a la cual pertenecen los evaluados de la muestra, se evidencia relación estadísticamente significativa únicamente en la sustancia alcohol, lo cual sugiere que existen factores intervinientes en cada facultad y sus estudiantes, que pudieran interactuar con el consumo de riesgo de dicha sustancia tanto positiva como negativamente; esta relación estadísticamente significativa podría guardar relación con los descrito por Hawkins et al.

(1992), Petterson et al. (1992), Moncada (1997), Pollard et al. (1997), Kumpfer et al. (1998) y Muñoz-Rivas et al. (2000) (citados por Becoña, 2002), donde los factores de riesgo asociados de consumo de riesgo de alcohol tales como la disponibilidad y accesibilidad de la sustancia, la percepción social del consumo, la influencia y asociación con el grupo, el fracaso educativo y dificultad en la aprobación de un curso, así como también, otras características sociales propias del contextos de los evaluados según las facultades de estudio podrían actuar como determinantes para el inicio del consumo y abuso de dicha sustancia.

Por otro lado, respecto al resto de sustancias, por la poca y heterogénea cantidad de evaluados de cada facultad, es posible que los resultados no se puedan generalizar para cada una ellas, lo que se sugiere ampliar la investigación considerando una muestra representativa según la población de cada facultad específicamente.

Finalmente, es importante mencionar que la amplitud de nuestra investigación al considerar la gran diversidad de esquemas y sustancias mencionadas, y su interacción con algunas variables sociodemográficas, pretende dar una vista general del panorama de esquemas precoces desadaptativos y consumo de riesgo de sustancias psicoactivas de la población evaluada, por tanto, al ser tan amplio su alcance podría afectar la precisión de los resultados obtenidos dando en consecuencia una menor representatividad de los mismos.

Por otro lado, en vista de los resultados obtenidos que evidencian prevalencias de consumo de sustancias que no suelen ser aparentemente comunes y su relación con otras variables sociodemográficas como las exploradas en la investigación, el presente estudio podría servir de precedente para realizar investigaciones específicas de sustancias tales como tabaco, cannabis, o sedantes, y su intervención guiada a través de las características reconocidas en nuestra investigación, lo cual podría representar un incremento a largo plazo en la efectividad de la misma.

Así también, se sugiere el desarrollo de estudios que exploren la relación e interacción con otras variables y características sociodemográficas o contextos sociales que podrían aportar información relevante al conocimiento de las variables antes descritas, tales como composición familiar, desempeño académico, manejo y tolerancia del estrés, edad de inicio de consumo de sustancias, entre otras.



## Conclusiones

**Primera,** se determinó la existencia de diversas relaciones entre los esquemas precoces desadaptativos y el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Pre – grado de la Universidad Católica de Santa María en el año 2019.

**Segunda,** se identificó que los esquemas precoces desadaptativos más predominantes en los estudiantes evaluados fueron los esquemas de abandono / inestabilidad y desconfianza / abuso.

**Tercera,** se identificó que el consumo de riesgo más predominante en la muestra fue el de tipo bajo, cuyas prevalencias oscilaban entre el 57.7% y 100% en todas las sustancias evaluadas; por otro lado, de todas las sustancias psicoactivas consideradas, las que presentaron una mayor prevalencia combinada de consumo de riesgo moderado y alto fueron el alcohol, tabaco, cannabis y sedantes.

**Cuarta,** en base a la naturaleza no mutuamente excluyente de la variable esquemas precoces desadaptativos, se evidenció que el 83.9% de la muestra presentaba al menos un esquema, de los cuales el 11.1% presentaba solo un esquema, el 66.2% entre dos y nueve, y el 6.5% de diez a más.

**Quinta,** los esquemas precoces desadaptativos con mayor prevalencia en el género femenino fueron abandono / inestabilidad, desconfianza / abuso, e inhibición emocional, mientras que, en el género masculino destacaron los esquemas de grandiosidad / autorización, abandono / inestabilidad, y castigo; el género masculino presentó mayor prevalencia en todos los esquemas precoces desadaptativos, excepto en los esquemas apego confuso / yo inmaduro, auto – sacrificio, e inhibición emocional; finalmente, se evidenció relación estadísticamente significativa entre los esquemas privación emocional, imperfección /

vergüenza, aislamiento social / alienación, dependencia / incompetencia, grandiosidad / autorización, insuficiente autocontrol, búsqueda de aprobación / búsqueda de reconocimiento y castigo, y la variable sociodemográfica género.

**Sexta**, los esquemas precoces desadaptativos con mayor prevalencia en la categoría de edad 17 – 19 años, fueron los esquemas abandono / inestabilidad, dependencia / incompetencia, y castigo, mientras que, en la categoría de edad 20 – 22, fueron los esquemas de desconfianza / abuso, abandono / inestabilidad, e inhibición emocional, y en la categoría de edad 23 – 25, resaltaron los esquemas metas inalcanzables / hipercriticismo, aislamiento social / alienación, grandiosidad / autorización, y auto – sacrificio; la categoría de edad de 17 – 19 fue en la que en general presentó la mayor prevalencia de esquemas precoces desadaptativos; finalmente, se evidenció relación estadísticamente significativa entre los esquemas imperfección / vergüenza, dependencia / incompetencia y castigo, y la variable sociodemográfica edad.

**Séptima**, se evidenció que la facultad que en general posee la mayor prevalencia de esquemas precoces desadaptativos fue la de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas, seguida de Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente, y Medicina Humana; así también, se evidenció relación estadísticamente significativa entre los esquemas imperfección / vergüenza, fracaso, grandiosidad / autorización, y negatividad / pesimismo, y la variable sociodemográfica facultad de estudio.

**Octava**, en base a la naturaleza no mutuamente excluyente del consumo de sustancias psicoactivas, se evidenció que el 93.2% de la muestra declaró haber consumido alguna vez al menos una sustancia, de los cuales el 24.4% posee un consumo de riesgo moderado o alto de solo una sustancia, y el 33.9% un entre 2 y 6 sustancias.

**Novena**, de las sustancias psicoactivas evaluadas el consumo de riesgo que presentó una mayor prevalencia en ambos géneros fue el de tipo bajo, con prevalencias que oscilan entre el 55.1% y el 100%; por otro lado, las sustancias que presentaron una mayor prevalencia combinada de consumo de riesgo alto y moderado tanto en el género femenino y masculino fueron el alcohol, tabaco, cannabis y sedantes; sin embargo, las prevalencias de consumo de riesgo moderado y alto de sustancias psicoactivas fueron ligeramente mayores en el género masculino, a excepción de la sustancia sedantes; así también, el género femenino presentó una prevalencia ligeramente mayor respecto a la declaración de haber consumido al menos una sustancia alguna vez en su vida en comparación con el género masculino, sin embargo, este último es el que presentó una mayor prevalencia de policonsumo de riesgo moderado o alto de sustancias psicoactivas; finalmente, se evidenció relación estadísticamente significativa únicamente entre el consumo de riesgo de sedantes y la variable sociodemográfica género.

**Décima**, de las sustancias psicoactivas evaluadas, el consumo de riesgo que presentó una mayor prevalencia en las tres categorías de edad fue el de tipo bajo, con prevalencias que oscilan entre el 51.7% y el 100%; por otro lado, las prevalencias combinadas de consumo de riesgo moderado y alto fueron muy similares en las tres categorías de edad, destacando ligeramente la categoría de 17 – 19 años en el consumo de la mayoría de las sustancias psicoactivas a excepción del alcohol que tiene mayor prevalencia en la categoría de 20 – 22 años, y el tabaco y cannabis cuya prevalencia es mayor en la categoría de 23 – 25 años; la categoría de edad 20 – 22 años presentó una prevalencia ligeramente mayor respecto a la declaración de haber consumido al menos una sustancia alguna vez en su vida, en comparación a las otras categorías de edad; sin embargo, la categoría de 23 – 25 años es la que presentó una mayor prevalencia de policonsumo de riesgo moderado o alto de Sustancias

Psicoactivas; finalmente, no se evidenció relación estadísticamente significativa entre el Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas y la variable sociodemográfica Edad.

**Undécima**, las sustancias que presentaron una mayor prevalencia combinada de consumo de riesgo moderado y alto en todas las facultades consideradas, fueron el alcohol y el tabaco, interpolando su posición en algunos casos, o coincidiendo en porcentajes de prevalencia en otros; así también, se evidenció relación estadísticamente significativa únicamente entre el consumo de riesgo de alcohol y la variable sociodemográfica facultad de estudio.



## Sugerencias

**Primera,** considerar los resultados obtenidos en materia de esquemas precoces desadaptativos y consumo de riesgo de sustancias psicoactivas, así como también su interacción con las variables sociodemográficas consideradas, para la elaboración de programas preventivo-promocionales más precisos, eficientes y eficaces.

**Segunda,** profundizar en el grado de aportación a la significancia de cada componente de las diversas relaciones estadísticamente significativas halladas entre las variables analizadas en la presente investigación, así como también verificar la existencia de correlación entre las mismas, a fin de entender mejor la interacción de las variables estudiadas.

**Tercera,** utilizar métodos probabilísticos para la determinación de la muestra para futuras investigaciones dado que esto podría permitir generalizar los resultados que se obtengan a otras poblaciones con características similares.

**Cuarta,** ampliar la presente investigación considerando otras poblaciones y rangos de edad y su relación con las variables de estudio, dado que esto podría aportar información acerca del desarrollo de las mismas a lo largo de la vida y en otros contextos sociales.

**Quinta,** ampliar el alcance de la presente investigación considerando otras variables que podrían tener una interacción determinante con las variables estudiadas, donde estas variables podrían ser tales como composición familiar, desempeño académico, manejo y tolerancia del estrés, edad de inicio de consumo de sustancias, entre otras.

## Limitaciones

**Primera**, la coincidencia con festividades, ceremonias y/o actividades académicas programadas, lo cual impidió evaluar una mayor cantidad de estudiantes de algunas carreras profesionales específicas.

**Segunda**, la poca disposición de algunos docentes para colaborar en la aplicación de los instrumentos considerados en la presente investigación, lo cual hizo necesario cubrir las cuotas por facultad a través de la evaluación de estudiantes en las áreas comunes del campus universitario.

**Tercera**, el tiempo necesario para la resolución de los instrumentos considerados en la presente investigación, fue tedioso y agotador para algunos de los participantes, lo cual podrían haber afectado negativamente la óptima resolución de los mismos, dando como resultado una gran cantidad de evaluaciones incompletas o inválidas.

**Cuarta**, el desinterés y poca seriedad de los estudiantes frente a la evaluación propia de la investigación realizada.

## Referencias

- Amaro, F., & Sais, M. (2007). *Trastornos de Conducta* (Módulo V). Universidad Autónoma de Barcelona. [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Trastorno\\_Conducta.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Trastorno_Conducta.pdf)
- American Psychiatry Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arango Ramos, J. L. (2018). *Consumo de drogas y estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur [tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]*. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú. <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/661>
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. (2015). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (2.a ed.). Ediciones Piadós.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). El modelo Cognitivo Genérico. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.  
<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Modelo%20cognitivo%20generico%20e%20Beck.%20Traducci%C3%B3n.pdf>
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases\\_cientificas.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf)
- Becoña Iglesias, E., & López Durán, A. (2009). El Consumo de la Cocaína desde la perspectiva psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 125-134.  
<http://www.cop.es/papeles>

Bosque, J., Fuentes Mairena, A., Bruno Díaz, D., Espínola, M., González García, N., Loredo Abdalá, A., Medina-Mora, M. E., Nanni Alvarado, R., Natera, G., Prospero García, O., Sánchez Huesca, R., Sansores, R., Real, T., Zinser, J., & Vázquez, L. (2014). La Cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*, 37(5), 381-389.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000500004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500004&lng=es&tlng=es).

Caudevilla Gálligo, F., & Cabrera Majada, A. (2008). Efectos psicológicos del cannabis. *FMC*, 15(5), 282-290. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(08\)70812-0](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(08)70812-0)

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO]. (2018, junio). *El Problemas de las Drogas en el Perú* (1.a ed.). CEDRO.  
<http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las%20drogas.2018.pdf>

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO], Zavaleta Martínez Vargas, A., Tapia Cabanillas, L., Chávez Rodas, V., & Vertiz Lazo, R. (2017). *EPIDEMIOLOGÍA DE DROGAS EN POBLACIÓN URBANA PERUANA: ENCUESTA EN HOGARES*. CEDRO. <https://www.cedro.org.pe>

Espinoza Chama, F. G. (2019). *Relación Entre el Consumo de Alcohol y los Esquemas Maladaptativos Tempranos en Estudiantes de una Escuela de Policía. Arequipa, 2018 [tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María]*. Repositorio de la UCSM. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/8798>

Gabalda, I. C. (2009). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (2.a ed.). Desclée de Brouwer, S.A. [https://issuu.com/marketinmundi/docs/manual-te\\_\\_rico-pr\\_\\_ctico-de-psicot](https://issuu.com/marketinmundi/docs/manual-te__rico-pr__ctico-de-psicot)

Gantiva Díaz, C. A., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., & Sastoque Ruiz, Y. (2010).

Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 362-374.

[https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60256-0](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60256-0)

García García, P., Esparza Almanza, S. E., Ávila Medina, M., & Hinojosa García, L. (2015).

Motivación para el consumo de tabaco en jóvenes universitarios. *CIENCIA UANL*, 16(60), 44-50. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4191.2488>

Gargurevich del Castillo, V. P. (2019). *Esquemas Tempranos Mal Adaptativos en Jóvenes*

*con Educación Superior Pertenecientes y No Pertenecientes a las Fuerzas Armadas [tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma]*. Repositorio Institucional - URP.

<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2386>

Gómez Garvía, E. (2015). *Drogas y su relación con la delincuencia [tesis de grado en*

*Criminología, Universidad de Alicante]*. Repositorio Institucional RUA.

<http://hdl.handle.net/10045/51705>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014).

*Metodología de la Investigación* (6.a ed.). Mc Graw Hill.

Huerta R., R. E., Miljanovich, M., Aliaga, J., Campos, E., Ramírez, N., Delgado, E., Ramos,

J., & Murillo, L. (2017). Esquemas disfuncionales tempranos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios, según carrera profesional de una universidad pública de la ciudad de Lima. *Revista de Investigación En Psicología*, 20(2), 309-326.

<https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i2.14043>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA]. (2018a, marzo 28).

*Depresores del sistema nervioso central (SNC) de prescripción médica*. National

Institute on Drug Abuse.

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/depresores-del-sistema-nervioso-central-snc-de-prescripcion-medica>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA]. (2018b, junio 18).

*MDMA (éxtasis/Molly) – DrugFacts*. National Institute on Drug Abuse.

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/mdma-extasis>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA]. (2019a). *Los*

*opioides*. National Institute on Drug Abuse.

<https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/los-opioides>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA]. (2019b, abril 1). *Los*

*alucinógenos – DrugFacts*. National Institute on Drug Abuse.

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-alucinogenos>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA]. (2019c, mayo 1). *La*

*metanfetamina – DrugFacts*. National Institute on Drug Abuse.

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-metanfetamina>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA]. (2020a, mayo 21).

*¿Cuáles son los efectos a corto plazo del uso de la cocaína?* National Institute on

Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/cuales-son-los-efectos-corto-plazo-del-uso-de-la-cocaina>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA]. (2020b, junio 5). *La*

*heroína*. National Institute on Drug Abuse.

<https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-heroina>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA]. (2020c, junio 5).

*Los inhalantes*. National Institute on Drug Abuse.

<https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/los-inhalantes>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA]. (2020d, junio 16).

*Cigarrillos y otros productos con tabaco – DrugFacts*. National Institute on Drug

Abuse. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/cigarrillos-y-otros-productos-con-tabaco>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA]. (2020e, junio 16).

*Estimulantes de prescripción médica – DrugFacts*. National Institute on Drug Abuse.

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/estimulantes-de-prescripcion-medica>

Iturregui Paucar, C. R. (2017). *Esquemas Disfuncionales Tempranos y Dependencia*

*Emocional en estudiantes Universitarios de Lima Norte - 2017 [tesis de maestría,*

*Universidad Peruana Cayetano Heredia]*. Repositorio Institucional - UPCH.

<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3787>

Lastre Amell, G., Gaviria García, G., & Arrieta Reales, N. (2013). Conocimiento sobre el

Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enfermería. *Ciencia e*

*Innovación en Salud*, 1(1), 46-51. <https://doi.org/10.17081/innosa.1.1.84>

Linares, A. R. (2007). *Desarrollo Cognitivo: Las teorías de Piaget y de Vygotsky [Master en*

*Paidopsiquiatría]*. Universidad Autónoma de Barcelona.

[http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias\\_desarrollo\\_cognitivo.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo.pdf)

Malacas Bautista, C. A. (2013). *Esquemas disfuncionales tempranos en consumidores de*

*sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas [tesis de*

*licenciatura, Universidad Nacional Federico Villareal*]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1069>

Martínez-González, J. M., Robles-Lozano, L., & Trujillo Mendoza, H. M. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 461-475. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=721101>

Matute Cruces, A. A. (2019). *Propiedades psicométricas del cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) en muestra mixta peruana [tesis de licenciatura, Universidad de Lima]*. Repositorio Institucional - Ulima. <https://doi.org/10.26439/ulima.tesis/9302>

Mayo Clinic. (2018, 19 octubre). *Abuso de drogas recetadas - Síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/prescription-drug-abuse/symptoms-causes/syc-20376813?fbclid=IwAR10HdDZyB0vt1sSR8kR6i2mx5MW-sWcsdFVGFzs56PfiCU09RtrHLz41d8>

Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2013, noviembre). *Resolución Directoral: sobre seguridad de CODEÍNA*. [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EPFarma/Modificaciones/RD\\_12822\\_CODEINA.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EPFarma/Modificaciones/RD_12822_CODEINA.pdf)

Ministerio de salud, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. (2009). *Informe técnico tramadol 100mg/2mL inyectable*. Repositorio institucional DIGEMID. <http://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/handle/DIGEMID/79674>

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar* (1.a ed.). Industria Gráfica

MACOLE S.R.L.

[https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO\\_ADOLESCENTES\\_SPAs\\_UNODC-CEDRO.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito [UNODC]. (2017). *El uso de las benzodiazepinas con fines no médicos: ¿Una amenaza para la salud pública?* (Vol. 18). UNODC Research.

[https://www.unodc.org/documents/scientific/Global\\_SMART\\_18\\_spanish\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_18_spanish_web.pdf)

Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2018). *Informe Mundial sobre las Drogas: Resumen, Conclusiones y Consecuencias en materia de políticas*. UNODC Research.

[https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)

OPCION. (2001). *Corporación Peruana para la Prevención de la Problemática de las Drogas y la Niñez en Alto Riesgo Social*. OPCION.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. OPS.

[https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Solana e Hijos, A.G., S.A.

<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052008-glosario%20drogas.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*.

OPS.

[https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud [OMS]. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10a. revisión ed., Vol. 1). OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Palacios Delgado, J. R. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 29-39. <https://psicologiaiberoamericana.ibero.mx/index.php/psicologia/article/view/217>

Pérez, C. L., Hernández, W. G., Lara, S. C. V., & Alpi, S. V. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, 21(2), 259-267. <https://doi.org/10.1037/t01528-000>

Pozo, J. I. (2002). *Teorías cognitivas del aprendizaje* (5.a ed.). Morata.

Rodríguez Vilchez, E. (2019). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología*, 17(1), 59-74. <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1908>

Saavedra Torres, I. (2019). *Esquemas desadaptativos tempranos y riesgo de recaída en internos de comunidades terapéuticas de Lambayeque, 2018 [tesis de licenciatura, Universidad Privada Juan Mejía Baca]*. Repositorio institucional - UMB. <http://repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/126>

Sousa, A. M., & Ashmawi, H. A. (2015). El efecto analgésico del tramadol no está mediado por receptores opiáceos en el dolor en ratones en el postoperatorio inmediato. *Revista Brasileira de Anestesiología*, 65(3), 186-190.

<https://doi.org/10.1016/j.bjanes.2014.06.004>

Sulca Vivanco, E. M. (2020). *Esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, periodo 2019 [tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]*.

Repositorio Institucional - UIGV.

<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5009>

Triglia, A. (2019, 28 septiembre). *Las 4 etapas del desarrollo cognitivo de Jean Piaget*.

Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/desarrollo/etapas-desarrollo-cognitivo-jean-piaget>

Urrego Gómez, C. A. (2015). *Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y el consumo de sustancias psicoactivas [tesis de licenciatura, Corporación Universitaria Minuto de Dios]*. Sistema Nacional de Bibliotecas Rafael García - Herreros.

<http://hdl.handle.net/10656/4184>

Utrilla, P. (2000). Aspectos farmacológicos de las anfetaminas. *Ars Pharmaceutica*, 41(1),

67-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4373749>

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de Esquemas*. Descleé de

Brouwer S.A.

## Anexos

### Anexo 1: Permiso de la Autora de la Adaptación peruana del YSQ – S3

2/7/2020

Gmail - Consulta Propiedades Psicométricas del YSQ S3



Jorge Alfaro <jalfaromartinez00@gmail.com>

#### Consulta Propiedades Psicométricas del YSQ S3

Andrea Alessandra Matute Cruces <20121937@aloe.ulima.edu.pe>  
Para: Jorge Alfaro <jalfaromartinez00@gmail.com>

3 de diciembre de 2019, 14:46

Estimado Jorge,

Con mucho gusto te comparto el cuestionario de esquemas (YSQ-S3) que se adaptó como parte de mi investigación en una muestra mixta de Lima Metropolitana. De igual forma, te adjunto la escala de corrección. Recuerda que el tipo de respuesta corresponde a una escala de Likert de 6 puntos, desde un puntaje menor que se aleja a la descripción (puntaje 1 "totalmente falso") hasta el mayor puntaje que describe a la perfección (puntaje 6 "me describe perfectamente"). La forma de calificación es mediante el análisis de cada esquema por separado, rodeando las puntuaciones más altas (normalmente, el 5 y 6). Si se presenta tres o más puntuaciones altas, es decir, valoradas con 5 y/o 6 en un esquema particular, tal esquema suele ser relevante para el paciente y merece ser examinado con atención.

De otro lado, te pediría me envíes una copia o archivo de tu tesis para tenerle en mi biblioteca.

Te deseo mucha suerte y éxitos,

Andrea Matute C.

El dom., 1 dic. 2019 a las 15:27, Jorge Alfaro (<jalfaromartinez00@gmail.com>) escribió:

Estimada Lic. Matute

La saludo cordialmente y le escribo la presente, debido a que nos encontramos en este momento desarrollando junto a mi compañera, nuestra tesis para obtener el Grado Profesional de Lic. en Psicología en la Universidad Católica de Santa María en Arequipa - Perú, donde nuestro tema de investigación contempla como una de sus variables a los Esquemas Precoces Desadaptativos del modelo teórico de Jeffrey Young, por lo que durante la labor de la revisión de los antecedentes teórico investigativos, hemos encontrado su tesis de grado de la Universidad de Lima. Ahora bien, para nuestra investigación tenemos interés de utilizar el mismo instrumento que Ud. ocupó en su investigación, el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-S3), por lo que me dirijo a Ud. para consultarle si es posible que pudiera compartir con nosotros su adaptación, y su manual, o en su defecto, brindarnos la información de donde podríamos conseguir dicha versión, para poder utilizarla en nuestro estudio.

Quedo a la espera de su respuesta, y le agradezco desde ya su tiempo y atención, resaltando los fines únicamente investigativos que tiene mi solicitud, y lo apreciable que resultaría su apoyo para el desarrollo de nuestra investigación.

Atentamente

Jorge E. Alfaro M.  
Bachiller Psicología UCSM  
Telf. 941141762

 Cuestionario de Esquemas\_Perú.pdf  
266K

Anexo 2: Cuadro de determinación de población

viernes, 31 de mayo de 2019 08:12  
PAG.: 1/1



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
ESTADÍSTICA MATRÍCULAS POR ESCUELAS  
PREGRADO  
Semestre Par 2018

COD.	ESCUELA PROFESIONAL	MATRÍCULA < 12 CRÉDITOS	MATRÍCULA 12 A 22 CRÉDITOS	MATRÍCULA > 22 CRÉDITOS	TOTAL
<b>AREA DE CIENCIAS SOCIALES</b>					
4D	TRABAJO SOCIAL	1	84	1	86
51	COMUNICACION SOCIAL	11	275	25	311
58	TEOLOGIA	1	10	0	11
76	PSICOLOGIA	12	658	24	694
77	PUBLICIDAD Y MULTIMEDIA	13	349	29	391
78	EDUCACION	7	121	5	133
79	TURISMO Y HOTELERIA	12	142	18	172
<b>TOTALES</b>		57	1639	102	1798
<b>AREA DE CIENCIAS E INGENIERIAS</b>					
41	ARQUITECTURA	69	584	42	695
44	INGENIERIA INDUSTRIAL	46	923	97	1066
45	INGENIERIA CIVIL	62	678	127	867
4E	INGENIERIA MECANICA, MECANICA	90	901	61	1052
4F	INGENIERIA DE MINAS	28	406	51	485
4G	INGENIERIA AMBIENTAL	11	412	54	477
4I	INGENIERIA AGRONOMICA Y AGRICOLA	1	90	13	104
67	INGENIERIA AGRONOMICA	10	22	1	33
68	MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA	31	388	34	453
69	INGENIERIA DE INDUSTRIA ALIMENTARIA	12	164	9	185
71	INGENIERIA DE SISTEMAS	18	344	31	393
74	INGENIERIA ELECTRONICA	25	255	24	304
<b>TOTALES</b>		403	5167	544	6114
<b>AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD</b>					
42	INGENIERIA BIOTECNOLOGICA	17	227	47	291
60	ENFERMERIA	6	242	16	264
63	OBSTETRICIA Y PUERICULTURA	14	190	6	210
64	ODONTOLOGIA	89	590	70	749
65	FARMACIA Y BIOQUIMICA	23	202	32	257
70	MEDICINA HUMANA	32	1083	49	1164
<b>TOTALES</b>		181	2534	220	2935
<b>AREA DE CIENCIAS JURIDICAS Y EMPRESARIALES</b>					
40	INGENIERIA COMERCIAL	24	598	82	704
4J	CIENCIA POLITICA Y GOBIERNO	1	76	11	88
53	ADMINISTRACION DE EMPRESAS	21	632	82	735
59	CONTABILIDAD	29	379	26	434
62	DERECHO	37	1074	182	1293
<b>TOTALES</b>		112	2759	383	3254
<b>TOTALES</b>		753	12099	1249	14101

### Anexo 3: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y  
HUMANIDADES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado participante, somos Jorge Alfaro M. y Andrea Peláez V., bachilleres en psicología. Actualmente nos encontramos realizando nuestra tesis para obtener la Licenciatura en Psicología. El presente estudio tiene el **objetivo de Determinar la relación existente entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y el Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas.**

Usted ha sido invitado a participar de este estudio. A continuación, se entrega la información necesaria para tomar la decisión de participar voluntariamente. Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

1. Si usted accede a estar en este estudio, su participación consistirá únicamente en responder los cuestionarios que se le entregarán a continuación, los cuales, tienen un tiempo estimado de 20 minutos en total para su resolución.
2. Al tomar parte en este estudio, usted puede estar expuesto al siguiente riesgo: puede sentirse incómodo al momento de contestar ciertas preguntas.
3. Usted no se beneficiará directamente por participar en este estudio. Nosotros los investigadores, sin embargo, podremos saber más sobre la relación entre los **Esquemas Precoces Desadaptativos y el Consumo de Sustancias Psicoactivas**, y la sociedad en general se beneficiará de este conocimiento. La participación en este estudio no conlleva costo para usted, y tampoco será compensado económicamente.
4. La participación en este estudio es **completamente anónima y los investigadores mantendrán su confidencialidad en todos los documentos.**
5. Los resultados de su evaluación no se valorarán de forma individual sino más bien, se analizarán en conjunto con los resultados de toda la muestra, por lo que podrá revisar los detalles y resultados de nuestra investigación a través de la revisión de la tesis indexada en el repositorio de la UCSM.
6. Los resultados del estudio, tienen únicamente fines investigativos y académicos, los cuales podrán ser plasmados en nuestra tesis de grado, y futuras publicaciones científicas.
7. Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio, puede comunicarse con los responsables mediante el correo: [investigacionepdsp@hotmail.com](mailto:investigacionepdsp@hotmail.com).



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y  
HUMANIDADES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ESTUDIANTE de la carrera profesional de \_\_\_\_\_, acepto participar **voluntaria y anónimamente** en la presente evaluación, como parte del desarrollo de la tesis **“Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de la Universidad Católica de Santa María”**, dirigida por los Sr(es) Jorge Emilio Alfaro Martínez y Andrea Sofía Peláez Vilca, Bachilleres en Psicología, para la obtención de la Licenciatura en Psicología.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder los cuestionarios entregados, para la exploración sobre los temas mencionados.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que **no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada participante de modo personal**. La información que se obtenga será guardada por los investigadores responsables en dependencias de la Universidad Católica de Santa María y será utilizada sólo para este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Jorge Alfaro & Andrea Pelaez

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar con los responsables mediante el Correo electrónico: [investigacionepdsp@hotmail.com](mailto:investigacionepdsp@hotmail.com).

Anexo 4: Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

[Responder y marcar cada pregunta]

1. Fecha

2. Edad

3. Género Femenino  Masculino

4. Facultad

<input type="checkbox"/>	Facultad de Arquitectura e Ingenierías Civil y del Ambiente	<input type="checkbox"/>	Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
<input type="checkbox"/>	Facultad de Ciencias Contables y Financieras	<input type="checkbox"/>	Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades
<input type="checkbox"/>	Facultad de Ciencias e Ingenierías Biológicas y Químicas	<input type="checkbox"/>	Facultad de Enfermería
<input type="checkbox"/>	Facultad de Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales	<input type="checkbox"/>	Facultad de Medicina Humana
<input type="checkbox"/>	Facultad de Ciencias Económico Administrativas	<input type="checkbox"/>	Facultad de Obstetricia y Puericultura
<input type="checkbox"/>	Facultad de Ciencias Farmacéuticas, Bioquímicas y Biotecnológicas	<input type="checkbox"/>	Facultad de Odontología

5. Indique Carrera Profesional \*Especifique\*

6. Indique semestre \*Especifique\*

7. Indique cuántos créditos está llevando en el presente semestre

**Anexo 5:** Cuestionario de Esquemas (YSQ-S3)

**CUESTIONARIO DE ESQUEMAS (YSQ-S3)**

Young J.

[Adaptación Peruana de Matute, A.]

**Instrucciones:**

A continuación, encontrará una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida el grado de exactitud con que te describe durante el último año. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que emocionalmente sienta no en lo que piense que es verdad.

*Algunas frases hacen referencia a las relaciones con sus padres o con sus parejas. Si alguna de las personas ha fallecido, por favor responda a esos ítems basándose en sus relaciones cuando estaban vivas. Si en la actualidad no tiene pareja, pero tuvo parejas en su pasado, por favor responda al ítem basándose en la relación de pareja más reciente y significativa.*

Escoja la puntuación más elevada desde 1 a 6 que le describe y escriba el número en el espacio que se encuentra antes de la frase:

**ESCALA DE PUNTUACIONES**

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

	1	2	3	4	5	6
1. <i>La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.</i>						
2. <i>Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.</i>						
3. <i>Presiento que la gente se aprovechará de mí.</i>						
4. <i>No me aceptan en ningún lugar.</i>						
5. <i>Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.</i>						
6. <i>Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.</i>						
7. <i>No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.</i>						
8. <i>No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.</i>						
9. <i>No he sido capaz de independizarme de mis padres, como otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.</i>						
10. <i>Pienso que, si hago lo que quiero, sólo me encontraré problemas.</i>						
11. <i>Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.</i>						
12. <i>Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...).</i>						

13. <i>Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.</i>						
	1	2	3	4	5	6
14. <i>Me es muy difícil aceptar un “no” como respuesta cuando quiero algo de los demás.</i>						
15. <i>Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.</i>						
16. <i>Tener dinero y conocer a personas importantes me hace sentir valioso.</i>						
17. <i>Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es una cosa temporal.</i>						
18. <i>Si cometo un error, merezco ser castigado.</i>						
19. <i>En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.</i>						
20. <i>Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.</i>						
21. <i>Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.</i>						
22. <i>Soy básicamente diferente de las otras personas.</i>						
23. <i>Nadie que yo desee querría estar cerca de mí, si me conociese realmente.</i>						
24. <i>Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.</i>						
25. <i>Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en mi desempeño diario.</i>						
26. <i>Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).</i>						
27. <i>Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.</i>						
28. <i>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.</i>						
29. <i>Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.</i>						
30. <i>Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.</i>						
31. <i>Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un “bastante bien”.</i>						
32. <i>Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.</i>						
33. <i>Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.</i>						
34. <i>Los elogios son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.</i>						
35. <i>Si algo bueno ocurre, me preocupo porque es probable que algo malo le siga.</i>						
36. <i>Si no lo intento con todas mis fuerzas, supondría ser un perdedor.</i>						
37. <i>Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.</i>						
38. <i>Me preocupa que las personas, a las que me siento unido, me dejen o me abandonen.</i>						
39. <i>Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.</i>						
40. <i>No me siento unido a nadie, soy un solitario.</i>						
41. <i>No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.</i>						
42. <i>La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.</i>						
43. <i>No tengo sentido común.</i>						

	1	2	3	4	5	6
44. <i>Me preocupa que me puedan atacar.</i>						
45. <i>Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables.</i>						
46. <i>En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.</i>						
47. <i>Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.</i>						
48. <i>Me es difícil ser cálido y espontáneo.</i>						
49. <i>Debo cumplir todas mis responsabilidades.</i>						
50. <i>Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.</i>						
51. <i>Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.</i>						
52. <i>Si no recibo mucho cariño de los demás, me siento menos importantes.</i>						
53. <i>No puedes tener tanto cuidado, casi siempre algo irá mal.</i>						
54. <i>Si no hago un buen trabajo, sufriría las consecuencias.</i>						
55. <i>La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuche o comprenda mis verdaderas necesidades y sentimientos.</i>						
56. <i>Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero.</i>						
57. <i>Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.</i>						
58. <i>Me siento alejado o aislado del resto de personas.</i>						
59. <i>Siento que no soy simpático.</i>						
60. <i>No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.</i>						
61. <i>No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.</i>						
62. <i>Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.</i>						
63. <i>A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.</i>						
64. <i>Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.</i>						
65. <i>Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.</i>						
66. <i>Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.</i>						
67. <i>Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabadas.</i>						
68. <i>Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.</i>						
69. <i>No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no disfruto, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.</i>						
70. <i>Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, es importante para mí obtener el reconocimiento y la admiración.</i>						
71. <i>No importa lo duro que trabaje, me preocupa que me pueda arruinar y perderlo casi todo.</i>						
72. <i>No importa si cometo un error. Cuando me equivoco, debo pagar las consecuencias.</i>						
73. <i>Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.</i>						
74. <i>Algunas veces, estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen, que les aparto de mí.</i>						

<i>75. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.</i>						
	1	2	3	4	5	6
<i>76. Siempre me siento poco integrado en los grupos.</i>						
<i>77. En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.</i>						
<i>78. No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).</i>						
<i>79. No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.</i>						
<i>80. Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.</i>						
<i>81. A menudo siento que no tengo una identidad independiente de las de mis padres o pareja.</i>						
<i>82. Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.</i>						
<i>83. Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.</i>						
<i>84. La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.</i>						
<i>85. No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.</i>						
<i>86. Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.</i>						
<i>87. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.</i>						
<i>88. Muchos halagos y cumplidos me hacen sentir una persona valiosa.</i>						
<i>89. Me preocupa que una decisión equivocada me puede llevar al desastre.</i>						
<i>90. Soy una mala persona que merece ser castigada.</i>						

**Anexo 6:** Baremo de Esquemas Precoces Desadaptativos elaborado a partir de la muestra evaluada.

PC	Abandono / inestabilidad	Desconfianza / abuso	Privación emocional	Imperfección / vergüenza	Aislamiento social / alienación	Dependencia / incompetencia	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Apego confuso / yo inmaduro	Fracaso	Grandiosidad / autorización	Insuficiente autocontrol	Subyugación	Auto-sacrificio	Búsqueda de Aprobación / búsqueda de reconocimiento	Negatividad / pesimismo	Inhibición emocional	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Castigo
1	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
5	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	8.0	5.0
10	5.0	6.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	6.3	6.0	5.0	6.0	6.0	5.3	5.0	11.0	5.0
15	5.0	6.0	5.0	5.0	6.0	5.0	5.0	5.0	5.0	7.0	7.0	5.0	7.0	7.0	6.0	6.0	13.0	5.0
20	6.0	7.0	5.0	5.0	7.0	5.0	6.0	6.0	5.0	8.0	8.0	5.0	8.0	8.6	7.0	7.0	13.0	6.0
25	6.0	8.0	5.0	5.0	7.0	6.0	7.0	7.0	5.0	9.0	9.0	5.0	9.0	9.0	8.0	8.0	14.0	7.0
30	6.9	8.0	5.9	5.0	8.0	6.0	7.0	7.0	5.0	10.0	10.0	5.0	10.0	10.0	9.0	8.9	15.0	8.0
35	7.0	9.0	6.0	5.0	9.0	6.0	7.0	8.0	6.0	11.0	10.0	6.0	11.0	11.0	10.0	9.0	16.0	9.0
40	8.0	10.0	6.0	6.0	9.0	6.0	8.0	8.0	6.0	12.0	11.0	6.0	11.0	12.0	11.0	10.0	16.0	9.0
45	8.0	10.0	7.0	6.0	9.0	7.0	9.0	9.0	7.0	13.0	11.0	6.0	12.0	12.0	11.0	11.0	17.0	10.0
50	9.0	11.0	8.0	7.0	10.0	7.0	10.0	9.0	7.0	14.0	12.0	7.0	12.0	13.0	12.0	11.0	18.0	10.0
55	10.0	12.0	8.0	7.0	10.0	8.0	10.0	10.0	8.0	15.0	13.0	7.0	13.0	13.0	13.0	12.0	18.0	11.0
60	10.0	12.0	9.0	8.0	11.0	9.0	11.0	10.0	9.0	15.0	13.0	8.0	14.0	14.0	14.0	13.0	19.0	12.0
65	11.0	13.0	10.0	9.0	11.0	9.0	11.0	10.0	9.0	16.0	14.0	8.0	14.0	15.0	15.0	14.0	20.0	12.0
70	11.0	14.0	10.0	10.0	12.0	10.0	12.0	11.0	10.0	17.0	15.0	9.0	15.0	16.0	16.0	14.0	20.0	13.0
<b>75</b>	<b>12.0</b>	<b>15.0</b>	<b>11.0</b>	<b>10.0</b>	<b>13.0</b>	<b>10.0</b>	<b>13.0</b>	<b>12.0</b>	<b>10.0</b>	<b>17.0</b>	<b>15.0</b>	<b>10.0</b>	<b>16.0</b>	<b>17.0</b>	<b>16.0</b>	<b>15.0</b>	<b>21.0</b>	<b>14.0</b>
80	13.0	16.0	12.0	11.0	13.0	11.0	14.0	12.0	11.0	18.0	16.0	11.0	17.0	18.0	18.0	16.0	22.0	15.0
85	14.0	17.0	13.0	11.6	15.0	12.0	15.0	13.0	12.0	20.0	18.0	11.0	19.0	19.0	19.0	18.0	23.0	16.0
90	16.0	18.0	14.0	13.7	16.0	13.0	16.0	14.0	13.0	21.0	19.0	13.0	20.0	20.0	21.0	19.0	24.0	17.0
95	18.0	21.0	17.0	16.0	18.0	14.9	18.0	16.0	15.9	23.0	22.0	15.0	23.0	22.0	24.0	23.0	26.0	20.0
99	24.0	26.0	23.0	22.0	22.6	18.0	25.1	20.6	22.1	28.0	26.6	21.6	28.0	27.0	27.6	28.0	28.6	25.6
Media	9.8	11.7	8.8	8.1	10.5	8.3	10.1	9.5	8.4	13.8	12.6	8.0	13.0	13.1	12.9	12.1	17.5	11.0
Mediana	9.0	11.0	8.0	7.0	10.0	7.0	10.0	9.0	7.0	14.0	12.0	7.0	12.0	13.0	12.0	11.0	18.0	10.0
Dev. típ.	4.4	4.9	4.1	3.9	4.0	3.2	4.4	3.7	3.8	5.5	5.0	3.6	5.4	5.2	5.7	5.5	5.2	4.8
Asimetría	1.1	0.7	1.4	1.6	0.9	1.0	1.0	1.1	1.6	0.4	0.6	1.7	0.7	0.4	0.5	0.8	-0.2	0.8

**Anexo 7:** Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST v3.1)

**PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST v3.1)**

(OMS, 2011)

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar.

**Pregunta 1:** A lo largo de la vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido ALGUNA VEZ? (Solo las que consumió sin receta médica)

	SI	NO
<b>Tabaco</b> (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)		
<b>Bebidas Alcohólicas</b> (cerveza, vinos, licores, etc.)		
<b>Cannabis</b> (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)		
<b>Cocaína</b> (coca, crack, etc.)		
<b>Estimulantes</b> (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)		
<b>Inhalantes</b> (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)		
<b>Sedantes o pastillas para dormir</b> (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)		
<b>Alucinógenos</b> (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)		
<b>Opiáceos</b> (heroína, morfina, metadona, tramadol, buprenorfina, codeína, etc.)		
<b>Otras: especifique*</b>		

De **NO** haber consumido alguna de las sustancias mencionadas. Avise al evaluador.

**Pregunta 2:** En los ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó? (1era droga, 2da droga, etc.).

	Nunca (0)	Una o dos veces (2)	Mensualmente (3)	Semanalmente (4)	Diariamente o casi diariamente (6)
<b>Tabaco</b> (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
<b>Bebidas Alcohólicas</b> (cerveza, vinos, licores, etc.)					
<b>Cannabis</b> (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)					
<b>Cocaína</b> (coca, crack, etc.)					
<b>Estimulantes</b> (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
<b>Inhalantes</b> (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
<b>Sedantes o pastillas para dormir</b> (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
<b>Alucinógenos</b> (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
<b>Opiáceos</b> (heroína, morfina, metadona, tramadol, buprenorfina, codeína, etc.)					
<b>Otras: especifique*</b>					

**Pregunta 3:** En los ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir? (1era droga, 2da droga, etc.).

	Nunca (0)	Una o dos veces (3)	Mensualmente (4)	Semanalmente (5)	Diariamente o casi diariamente (6)
<b>Tabaco</b> (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
<b>Bebidas Alcohólicas</b> (cerveza, vinos, licores, etc.)					
<b>Cannabis</b> (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)					
<b>Cocaína</b> (coca, crack, etc.)					
<b>Estimulantes</b> (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
<b>Inhalantes</b> (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
<b>Sedantes o pastillas para dormir</b> (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
<b>Alucinógenos</b> (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
<b>Opiáceos</b> (heroína, morfina, metadona, tramadol, buprenorfina, codeína, etc.)					
<b>Otras: especifique*</b>					

**Pregunta 4:** En los ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia el consumo de (1era droga, 2da droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económico?

	Nunca (0)	Una o dos veces (4)	Mensualmente (5)	Semanalmente (6)	Diariamente o casi diariamente (7)
<b>Tabaco</b> (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
<b>Bebidas Alcohólicas</b> (cerveza, vinos, licores, etc.)					
<b>Cannabis</b> (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)					
<b>Cocaína</b> (coca, crack, etc.)					
<b>Estimulantes</b> (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
<b>Inhalantes</b> (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
<b>Sedantes o pastillas para dormir</b> (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
<b>Alucinógenos</b> (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
<b>Opiáceos</b> (heroína, morfina, metadona, tramadol, buprenorfina, codeína, etc.)					
<b>Otras: especifique*</b>					

**Pregunta 5:** En los ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (1era droga, 2da droga, etc.)?

	Nunca (0)	Una o dos veces (5)	Mensualmente (6)	Semanalmente (7)	Diariamente o casi diariamente (8)
<b>Tabaco</b> (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
<b>Bebidas Alcohólicas</b> (cerveza, vinos, licores, etc.)					
<b>Cannabis</b> (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)					
<b>Cocaína</b> (coca, crack, etc.)					
<b>Estimulantes</b> (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
<b>Inhalantes</b> (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
<b>Sedantes o pastillas para dormir</b> (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
<b>Alucinógenos</b> (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
<b>Opiáceos</b> (heroína, morfina, metadona, tramadol, buprenorfina, codeína, etc.)					
<b>Otras: especifique*</b>					

**Pregunta 6:** ¿Un amigo, un familiar o alguien más ALGUNA VEZ ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (1era droga, 2da droga, etc.)?

	No, Nunca (0)	Sí, en los últimos tres Meses (6)	Sí, pero no en los últimos 3 meses (3)
<b>Tabaco</b> (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)			
<b>Bebidas Alcohólicas</b> (cerveza, vinos, licores, etc.)			
<b>Cannabis</b> (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)			
<b>Cocaína</b> (coca, crack, etc.)			
<b>Estimulantes</b> (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
<b>Inhalantes</b> (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			
<b>Sedantes o pastillas para dormir</b> (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
<b>Alucinógenos</b> (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)			
<b>Opiáceos</b> (heroína, morfina, metadona, tramadol, buprenorfina, codeína, etc.)			
<b>Otras: especifique*</b>			

**Pregunta 7:** ¿Ha intentado ALGUNA VEZ reducir o eliminar el consumo de (1era droga, 2da droga, etc.) y no lo ha logrado?

	No, Nunca (0)	Sí, en los últimos tres Meses (6)	Sí, pero no en los últimos 3 meses (3)
<b>Tabaco</b> (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)			
<b>Bebidas Alcohólicas</b> (cerveza, vinos, licores, etc.)			
<b>Cannabis</b> (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)			
<b>Cocaína</b> (coca, crack, etc.)			
<b>Estimulantes</b> (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
<b>Inhalantes</b> (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			
<b>Sedantes o pastillas para dormir</b> (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
<b>Alucinógenos</b> (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)			
<b>Opiáceos</b> (heroína, morfina, metadona, tramadol, buprenorfina, codeína, etc.)			
<b>Otras: especifique*</b>			

**Pregunta 8:** ¿ALGUNA VEZ ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)?

	No, Nunca (0)	Sí, en los últimos tres Meses (6)	Sí, pero no en los últimos 3 meses (3)
<b>Marque la casilla correspondiente</b>			

**Anexo 8:**

*Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Tabaco)*

Esquemas Precoces Desadaptativos		Tabaco						X <sup>2</sup>	P
		Bajo		Moderado		Alto			
		N°	%	N°	%	N°	%		
Abandono / inestabilidad	Ausencia	193	43.7	108	24.4	10	2.3	4.68	0.09
	Presencia	73	16.5	48	10.9	10	2.3		
Desconfianza / abuso	Ausencia	201	45.5	111	25.1	10	2.3	6.49	<b>0.03*</b>
	Presencia	65	14.7	45	10.2	10	2.3		
Privación emocional	Ausencia	216	48.9	116	26.2	12	2.7	6.52	<b>0.03*</b>
	Presencia	50	11.3	40	9	8	1.8		
Imperfección / vergüenza	Ausencia	211	47.7	116	26.2	12	2.7	4.62	0.09
	Presencia	55	12.4	40	9	8	1.8		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	222	50.2	118	26.7	16	3.6	3.83	0.14
	Presencia	44	10	38	8.6	4	0.9		
Dependencia / incompetencia	Ausencia	208	47.1	120	27.1	10	2.3	8.24	<b>0.01*</b>
	Presencia	58	13.1	36	8.1	10	2.3		
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	219	49.5	120	27.1	13	2.9	4.54	0.1
	Presencia	47	10.6	36	8.1	7	1.6		
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	215	48.6	129	29.2	13	2.9	3.57	0.16
	Presencia	51	11.5	27	6.1	7	1.6		
Fracaso	Ausencia	216	48.9	113	25.6	11	2.5	9.92	<b>0.00*</b>
	Presencia	50	11.3	43	9.7	9	2		
Grandiosidad / autorización	Ausencia	206	46.6	112	25.3	15	3.4	1.69	0.43
	Presencia	60	13.6	44	10	5	1.1		
Insuficiente autocontrol	Ausencia	202	45.7	116	26.2	15	3.4	0.13	0.93
	Presencia	64	14.5	40	9	5	1.1		
Subyugación	Ausencia	222	50.2	117	26.5	13	2.9	7.1	<b>0.02*</b>
	Presencia	44	10	39	8.8	7	1.6		
Auto-sacrificio	Ausencia	205	46.4	115	26	16	3.6	0.78	0.67
	Presencia	61	13.8	41	9.3	4	0.9		
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	217	49.1	122	27.6	14	3.2	1.96	0.37
	Presencia	49	11.1	34	7.7	6	1.4		
Negatividad pesimismo	Ausencia	207	46.8	114	25.8	12	2.7	3.84	0.14
	Presencia	59	13.3	42	9.5	8	1.8		
Inhibición emocional	Ausencia	203	45.9	115	26	17	3.8	1.33	0.51
	Presencia	63	14.3	41	9.3	3	0.7		
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	204	46.2	121	27.4	15	3.4	0.08	0.95
	Presencia	62	14	35	7.9	5	1.1		
Castigo	Ausencia	207	46.8	120	27.1	13	2.9	1.72	0.42
	Presencia	59	13.3	36	8.1	7	1.6		
<b>Total</b>		<b>266</b>	<b>60.2</b>	<b>156</b>	<b>35.3</b>	<b>20</b>	<b>4.5</b>		

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)

**Anexo 9:**

Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Alcohol)

Esquemas Precoces Desadaptativos		Alcohol						X <sup>2</sup>	P
		Bajo		Moderado		Alto			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Abandono / inestabilidad	Ausencia	188	42.5	110	24.9	13	2.9	11.9	<b>0.03*</b>
	Presencia	67	15.2	47	10.6	17	3.8		
Desconfianza / abuso	Ausencia	198	44.8	109	24.7	15	3.4	11.81	<b>0.00*</b>
	Presencia	57	12.9	48	10.9	15	3.4		
Privación emocional	Ausencia	208	47.1	116	26.2	20	4.5	5.64	<b>0.05*</b>
	Presencia	47	10.6	41	9.3	20	2.3		
Imperfección / vergüenza	Ausencia	204	46.2	120	27.1	15	3.4	13.52	<b>0.00*</b>
	Presencia	51	11.5	37	8.4	15	3.4		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	207	46.8	127	28.7	22	5	1.07	0.58
	Presencia	48	10.9	30	6.8	8	1.8		
Dependencia / incompetencia	Ausencia	199	45	121	27.4	18	4.1	4.9	0.08
	Presencia	56	12.7	36	8.1	12	2.7		
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	207	46.8	125	28.3	20	4.5	3.48	0.17
	Presencia	48	10.9	32	7.2	10	2.3		
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	215	48.6	121	27.4	21	4.8	5.68	<b>0.05*</b>
	Presencia	40	9	36	8.1	9	2		
Fracaso	Ausencia	210	47.5	113	25.6	17	76.9	13.33	<b>0.00*</b>
	Presencia	45	10.2	44	10	13	23.1		
Grandiosidad / autorización	Ausencia	201	45.5	112	25.3	20	4.5	4.23	0.12
	Presencia	54	12.2	45	10.2	10	2.3		
Insuficiente autocontrol	Ausencia	202	45.7	107	24.2	24	5.4	6.77	<b>0.03*</b>
	Presencia	53	12	50	11.3	6	1.4		
Subyugación	Ausencia	214	48.4	120	27.1	18	4.1	11.01	<b>0.00*</b>
	Presencia	41	9.3	37	12	12	2.7		
Auto-sacrificio	Ausencia	202	45.7	115	26	19	4.3	4.73	0.09
	Presencia	53	12	42	9.5	11	2.5		
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	212	48	122	27.6	19	4.3	7.25	<b>0.02*</b>
	Presencia	43	9.7	35	7.9	11	2.5		
Negatividad pesimismo	Ausencia	200	45.2	114	25.8	19	4.3	4.26	0.11
	Presencia	55	12.4	43	9.7	11	2.5		
Inhibición emocional	Ausencia	195	44.1	117	26.5	23	5.2	0.21	0.89
	Presencia	60	13.6	40	9	7	1.6		
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	199	45	117	26.5	24	5.4	0.84	0.65
	Presencia	56	12.7	40	9	6	1.4		
Castigo	Ausencia	205	46.4	115	26	20	4.5	4.7	0.09
	Presencia	50	11.3	42	9.5	10	2.3		
<b>Total</b>		<b>255</b>	<b>57.7</b>	<b>157</b>	<b>35.5</b>	<b>30</b>	<b>6.8</b>		

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)

**Anexo 10:**

Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Cannabis)

Esquemas Precoces Desadaptativos		Cannabis						X <sup>2</sup>	P
		Bajo		Moderado		Alto			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Abandono / inestabilidad	Ausencia	274	62	35	7.9	2	0.5	1.39	0.49
	Presencia	110	24.9	20	4.5	1	0.2		
Desconfianza / abuso	Ausencia	282	63.8	38	8.6	2	0.5	0.52	0.77
	Presencia	102	23.1	17	3.8	1	0.2		
Privación emocional	Ausencia	296	67	45	10.2	3	0.7	1.48	0.77
	Presencia	88	19.9	10	2.3	0	0		
Imperfección / vergüenza	Ausencia	300	67.9	38	8.6	1	0.2	5.37	0.06
	Presencia	84	19	17	3.8	2	0.5		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	316	71.5	37	8.4	3	0.7	7.65	<b>0.02*</b>
	Presencia	68	15.4	18	4.1	0	0		
Dependencia / incompetencia	Ausencia	295	66.7	42	9.5	1	0.2	3.13	0.21
	Presencia	89	20.1	13	2.9	2	0.5		
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	305	69	44	10	3	0.7	0.78	0.67
	Presencia	79	17.9	11	2.5	0	0		
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	313	70.8	42	9.5	2	0.5	1.21	0.54
	Presencia	71	16.1	13	2.9	1	0.2		
Fracaso	Ausencia	302	68.3	37	8.4	1	0.2	6.74	<b>0.03*</b>
	Presencia	82	18.6	18	4.1	2	0.5		
Grandiosidad / autorización	Ausencia	293	66.3	37	8.4	3	0.7	3.1	0.21
	Presencia	91	20.6	18	4.1	0	0		
Insuficiente autocontrol	Ausencia	291	65.8	41	9.3	1	0.2	2.91	0.23
	Presencia	93	21	14	3.2	2	0.5		
Subyugación	Ausencia	313	70.8	37	8.4	2	0.5	6.33	<b>0.04*</b>
	Presencia	71	16.1	18	4.1	1	0.2		
Auto-sacrificio	Ausencia	290	65.6	43	9.7	3	0.7	1.14	0.56
	Presencia	94	21.3	12	2.7	0	0		
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	307	69.5	43	9.7	3	0.7	0.85	0.65
	Presencia	77	17.4	12	2.7	0	0		
Negatividad pesimismo	Ausencia	290	65.6	40	9	3	0.7	1.19	0.55
	Presencia	94	21.3	15	3.4	0	0		
Inhibición emocional	Ausencia	289	65.4	44	10	2	0.5	0.73	0.69
	Presencia	95	21.5	11	2.5	1	0.2		
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	296	67	41	9.3	3	0.7	1.08	0.58
	Presencia	88	19.9	14	3.2	0	0		
Castigo	Ausencia	297	67.2	41	9.3	2	0.5	0.39	0.82
	Presencia	87	19.7	14	3.2	1	0.2		
<b>Total</b>		<b>384</b>	<b>86.9</b>	<b>55</b>	<b>12.4</b>	<b>3</b>	<b>0.7</b>		

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)

**Anexo 11:**

Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Cocaína)

Esquemas Precoces Desadaptativos		Cocaína						X <sup>2</sup>	P																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		Bajo		Moderado		Alto																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		Nº	%	Nº	%	Nº	%																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Abandono / inestabilidad	Ausencia	307	69.5	4	0.9	0	0	0.22	0.63																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	130	29.4	1	0.2	0	0			Desconfianza / abuso	Ausencia	319	72.2	3	0.7	0	0	0.42	0.51	Presencia	118	26.7	2	0.5	0	0	Privación emocional	Ausencia	341	77.1	3	0.7	0	0	0.93	0.33	Presencia	96	21.7	2	0.5	0	0	Imperfección / vergüenza	Ausencia	336	76	3	0.7	0	0	0.78	0.37	Presencia	101	22.9	2	0.5	0	0	Aislamiento social / alienación	Ausencia	354	80.1	2	0.5	0	0	5.3	<b>0.02*</b>	Presencia	83	18.8	3	0.7	0	0	Dependencia / incompetencia	Ausencia	335	75.8	3	0.7	0	0	0.76	0.38	Presencia	102	23.1	2	0.5	0	0	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	349	79	3	0.7	0	0	1.2	0.27	Presencia	88	19.9	2	0.5	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	352	79.6	5	1.1	0	0	1.2	0.27	Presencia	85	19.2	0	0	0	0	Fracaso	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0.82	0.36	Presencia	100	22.6	2	0.5	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19	Presencia	109	24.7	0	0	0	0	Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>
Desconfianza / abuso	Ausencia	319	72.2	3	0.7	0	0	0.42	0.51																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	118	26.7	2	0.5	0	0			Privación emocional	Ausencia	341	77.1	3	0.7	0	0	0.93	0.33	Presencia	96	21.7	2	0.5	0	0	Imperfección / vergüenza	Ausencia	336	76	3	0.7	0	0	0.78	0.37	Presencia	101	22.9	2	0.5	0	0	Aislamiento social / alienación	Ausencia	354	80.1	2	0.5	0	0	5.3	<b>0.02*</b>	Presencia	83	18.8	3	0.7	0	0	Dependencia / incompetencia	Ausencia	335	75.8	3	0.7	0	0	0.76	0.38	Presencia	102	23.1	2	0.5	0	0	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	349	79	3	0.7	0	0	1.2	0.27	Presencia	88	19.9	2	0.5	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	352	79.6	5	1.1	0	0	1.2	0.27	Presencia	85	19.2	0	0	0	0	Fracaso	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0.82	0.36	Presencia	100	22.6	2	0.5	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19	Presencia	109	24.7	0	0	0	0	Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																
Privación emocional	Ausencia	341	77.1	3	0.7	0	0	0.93	0.33																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	96	21.7	2	0.5	0	0			Imperfección / vergüenza	Ausencia	336	76	3	0.7	0	0	0.78	0.37	Presencia	101	22.9	2	0.5	0	0	Aislamiento social / alienación	Ausencia	354	80.1	2	0.5	0	0	5.3	<b>0.02*</b>	Presencia	83	18.8	3	0.7	0	0	Dependencia / incompetencia	Ausencia	335	75.8	3	0.7	0	0	0.76	0.38	Presencia	102	23.1	2	0.5	0	0	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	349	79	3	0.7	0	0	1.2	0.27	Presencia	88	19.9	2	0.5	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	352	79.6	5	1.1	0	0	1.2	0.27	Presencia	85	19.2	0	0	0	0	Fracaso	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0.82	0.36	Presencia	100	22.6	2	0.5	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19	Presencia	109	24.7	0	0	0	0	Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																	
Imperfección / vergüenza	Ausencia	336	76	3	0.7	0	0	0.78	0.37																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	101	22.9	2	0.5	0	0			Aislamiento social / alienación	Ausencia	354	80.1	2	0.5	0	0	5.3	<b>0.02*</b>	Presencia	83	18.8	3	0.7	0	0	Dependencia / incompetencia	Ausencia	335	75.8	3	0.7	0	0	0.76	0.38	Presencia	102	23.1	2	0.5	0	0	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	349	79	3	0.7	0	0	1.2	0.27	Presencia	88	19.9	2	0.5	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	352	79.6	5	1.1	0	0	1.2	0.27	Presencia	85	19.2	0	0	0	0	Fracaso	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0.82	0.36	Presencia	100	22.6	2	0.5	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19	Presencia	109	24.7	0	0	0	0	Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	354	80.1	2	0.5	0	0	5.3	<b>0.02*</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	83	18.8	3	0.7	0	0			Dependencia / incompetencia	Ausencia	335	75.8	3	0.7	0	0	0.76	0.38	Presencia	102	23.1	2	0.5	0	0	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	349	79	3	0.7	0	0	1.2	0.27	Presencia	88	19.9	2	0.5	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	352	79.6	5	1.1	0	0	1.2	0.27	Presencia	85	19.2	0	0	0	0	Fracaso	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0.82	0.36	Presencia	100	22.6	2	0.5	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19	Presencia	109	24.7	0	0	0	0	Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																			
Dependencia / incompetencia	Ausencia	335	75.8	3	0.7	0	0	0.76	0.38																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	102	23.1	2	0.5	0	0			Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	349	79	3	0.7	0	0	1.2	0.27	Presencia	88	19.9	2	0.5	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	352	79.6	5	1.1	0	0	1.2	0.27	Presencia	85	19.2	0	0	0	0	Fracaso	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0.82	0.36	Presencia	100	22.6	2	0.5	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19	Presencia	109	24.7	0	0	0	0	Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																				
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	349	79	3	0.7	0	0	1.2	0.27																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	88	19.9	2	0.5	0	0			Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	352	79.6	5	1.1	0	0	1.2	0.27	Presencia	85	19.2	0	0	0	0	Fracaso	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0.82	0.36	Presencia	100	22.6	2	0.5	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19	Presencia	109	24.7	0	0	0	0	Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																					
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	352	79.6	5	1.1	0	0	1.2	0.27																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	85	19.2	0	0	0	0			Fracaso	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0.82	0.36	Presencia	100	22.6	2	0.5	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19	Presencia	109	24.7	0	0	0	0	Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																						
Fracaso	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0.82	0.36																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	100	22.6	2	0.5	0	0			Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19	Presencia	109	24.7	0	0	0	0	Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																							
Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0			Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19	Presencia	109	24.7	0	0	0	0	Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																								
Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	109	24.7	0	0	0	0			Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																									
Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0			Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																										
Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0			Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																											
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	1.24	0.26																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0			Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																												
Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.06	0.8																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0			Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																																													
Inhibición emocional	Ausencia	332	75.1	3	0.7	0	0	0.68	0.4																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0			Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																																																														
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0			Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																																																																															
Castigo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0			<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)

**Anexo 12:**

Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Estimulantes)

Esquemas Precoces Desadaptativos		Estimulantes de Tipo Anfetamina						X <sup>2</sup>	P																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		Bajo		Moderado		Alto																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		Nº	%	Nº	%	Nº	%																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Abandono / inestabilidad	Ausencia	310	70.1	1	0.2	0	0	6.15	<b>0.01*</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	127	28.7	4	0.9	0	0			Desconfianza / abuso	Ausencia	318	71.9	4	0.9	0	0	0.13	0.71	Presencia	119	26.9	1	0.2	0	0	Privación emocional	Ausencia	340	76.9	4	0.9	0	0	0.01	0.9	Presencia	97	21.9	1	0.2	0	0	Imperfección / vergüenza	Ausencia	337	76.2	2	0.5	0	0	3.81	<b>0.05*</b>	Presencia	100	22.6	3	0.7	0	0	Aislamiento social / alienación	Ausencia	352	79.6	4	0.9	0	0	0	0.97	Presencia	85	19.2	1	0.2	0	0	Dependencia / incompetencia	Ausencia	338	76.5	0	0	0	0	16.03	<b>0.00*</b>	Presencia	99	22.4	5	1.1	0	0	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	355	80.3	2	0.5	0	0	5.41	<b>0.02*</b>	Presencia	82	18.6	3	0.7	0	0	Fracaso	Ausencia	339	76.7	1	0.2	0	0	9.23	<b>0.00*</b>	Presencia	98	22.2	4	0.9	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0	Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>
Desconfianza / abuso	Ausencia	318	71.9	4	0.9	0	0	0.13	0.71																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	119	26.9	1	0.2	0	0			Privación emocional	Ausencia	340	76.9	4	0.9	0	0	0.01	0.9	Presencia	97	21.9	1	0.2	0	0	Imperfección / vergüenza	Ausencia	337	76.2	2	0.5	0	0	3.81	<b>0.05*</b>	Presencia	100	22.6	3	0.7	0	0	Aislamiento social / alienación	Ausencia	352	79.6	4	0.9	0	0	0	0.97	Presencia	85	19.2	1	0.2	0	0	Dependencia / incompetencia	Ausencia	338	76.5	0	0	0	0	16.03	<b>0.00*</b>	Presencia	99	22.4	5	1.1	0	0	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	355	80.3	2	0.5	0	0	5.41	<b>0.02*</b>	Presencia	82	18.6	3	0.7	0	0	Fracaso	Ausencia	339	76.7	1	0.2	0	0	9.23	<b>0.00*</b>	Presencia	98	22.2	4	0.9	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0	Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																
Privación emocional	Ausencia	340	76.9	4	0.9	0	0	0.01	0.9																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	97	21.9	1	0.2	0	0			Imperfección / vergüenza	Ausencia	337	76.2	2	0.5	0	0	3.81	<b>0.05*</b>	Presencia	100	22.6	3	0.7	0	0	Aislamiento social / alienación	Ausencia	352	79.6	4	0.9	0	0	0	0.97	Presencia	85	19.2	1	0.2	0	0	Dependencia / incompetencia	Ausencia	338	76.5	0	0	0	0	16.03	<b>0.00*</b>	Presencia	99	22.4	5	1.1	0	0	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	355	80.3	2	0.5	0	0	5.41	<b>0.02*</b>	Presencia	82	18.6	3	0.7	0	0	Fracaso	Ausencia	339	76.7	1	0.2	0	0	9.23	<b>0.00*</b>	Presencia	98	22.2	4	0.9	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0	Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																	
Imperfección / vergüenza	Ausencia	337	76.2	2	0.5	0	0	3.81	<b>0.05*</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	100	22.6	3	0.7	0	0			Aislamiento social / alienación	Ausencia	352	79.6	4	0.9	0	0	0	0.97	Presencia	85	19.2	1	0.2	0	0	Dependencia / incompetencia	Ausencia	338	76.5	0	0	0	0	16.03	<b>0.00*</b>	Presencia	99	22.4	5	1.1	0	0	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	355	80.3	2	0.5	0	0	5.41	<b>0.02*</b>	Presencia	82	18.6	3	0.7	0	0	Fracaso	Ausencia	339	76.7	1	0.2	0	0	9.23	<b>0.00*</b>	Presencia	98	22.2	4	0.9	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0	Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	352	79.6	4	0.9	0	0	0	0.97																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	85	19.2	1	0.2	0	0			Dependencia / incompetencia	Ausencia	338	76.5	0	0	0	0	16.03	<b>0.00*</b>	Presencia	99	22.4	5	1.1	0	0	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	355	80.3	2	0.5	0	0	5.41	<b>0.02*</b>	Presencia	82	18.6	3	0.7	0	0	Fracaso	Ausencia	339	76.7	1	0.2	0	0	9.23	<b>0.00*</b>	Presencia	98	22.2	4	0.9	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0	Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																			
Dependencia / incompetencia	Ausencia	338	76.5	0	0	0	0	16.03	<b>0.00*</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	99	22.4	5	1.1	0	0			Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	355	80.3	2	0.5	0	0	5.41	<b>0.02*</b>	Presencia	82	18.6	3	0.7	0	0	Fracaso	Ausencia	339	76.7	1	0.2	0	0	9.23	<b>0.00*</b>	Presencia	98	22.2	4	0.9	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0	Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																				
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0			Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	355	80.3	2	0.5	0	0	5.41	<b>0.02*</b>	Presencia	82	18.6	3	0.7	0	0	Fracaso	Ausencia	339	76.7	1	0.2	0	0	9.23	<b>0.00*</b>	Presencia	98	22.2	4	0.9	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0	Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																					
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	355	80.3	2	0.5	0	0	5.41	<b>0.02*</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	82	18.6	3	0.7	0	0			Fracaso	Ausencia	339	76.7	1	0.2	0	0	9.23	<b>0.00*</b>	Presencia	98	22.2	4	0.9	0	0	Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0	Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																						
Fracaso	Ausencia	339	76.7	1	0.2	0	0	9.23	<b>0.00*</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	98	22.2	4	0.9	0	0			Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0	Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0	Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																							
Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0.64	0.42																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0			Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0	Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																								
Insuficiente autocontrol	Ausencia	332	75.1	1	0.2	0	0	8.33	<b>0.00*</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	105	23.8	4	0.9	0	0			Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0	Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																									
Subyugación	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.03*</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0			Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0	Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																										
Auto-sacrificio	Ausencia	333	75.3	3	0.7	0	0	0.71	<b>0.39</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	104	23.5	2	0.5	0	0			Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25	Presencia	89	20.1	0	0	0	0	Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																											
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	348	78.7	5	1.1	0	0	1.27	0.25																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	89	20.1	0	0	0	0			Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0	Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																												
Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0			Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82	Presencia	106	24	1	0.2	0	0	Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																																													
Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.05	0.82																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	106	24	1	0.2	0	0			Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0	Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																																																														
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.03	0.87																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0			Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0	<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																																																																															
Castigo	Ausencia	340	76.9	0	0	0	0	16.85	<b>0.00*</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Presencia	97	21.9	5	1.1	0	0			<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

\*Relación estadísticamente significativa (p< 0.05)

**Anexo 13:**

Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Inhalantes)

Esquemas Precoces Desadaptativos		Inhalantes						X <sup>2</sup>	P
		Bajo		Moderado		Alto			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Abandono / inestabilidad	Ausencia	306	69.2	5	1.1	0	0	0.24	0.62
	Presencia	128	29	3	0.7	0	0		
Desconfianza / abuso	Ausencia	319	72.2	3	0.7	0	0	5.15	<b>0.02*</b>
	Presencia	115	26	5	1.1	0	0		
Privación emocional	Ausencia	339	76.7	5	1.1	0	0	1.11	0.21
	Presencia	95	21.5	3	0.7	0	0		
Imperfección / vergüenza	Ausencia	335	75.8	4	0.9	0	0	3.25	0.07
	Presencia	99	22.4	4	0.9	0	0		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	353	79.9	3	0.7	0	0	9.63	<b>0.02*</b>
	Presencia	81	18.3	5	1.1	0	0		
Dependencia / incompetencia	Ausencia	335	75.8	3	0.7	0	0	6.87	<b>0.01*</b>
	Presencia	99	22.4	5	1.1	0	0		
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	4.41	<b>0.03*</b>
	Presencia	86	19.5	4	0.9	0	0		
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	352	79.6	5	1.1	0	0	1.75	0.18
	Presencia	82	18.6	3	0.7	0	0		
Fracaso	Ausencia	338	76.5	2	0.5	0	0	12.77	<b>0.00*</b>
	Presencia	96	21.7	6	1.4	0	0		
Grandiosidad / Autorización	Ausencia	326	73.8	7	1.6	0	0	0.64	0.42
	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0		
Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	0.72	0.39
	Presencia	106	24	3	0.7	0	0		
Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	4.41	<b>0.03*</b>
	Presencia	86	19.5	4	0.9	0	0		
Auto-sacrificio	Ausencia	331	74.9	5	1.1	0	0	0.82	0.36
	Presencia	103	23.3	3	0.7	0	0		
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	347	78.5	6	1.4	0	0	0.12	0.73
	Presencia	87	19.7	2	0.5	0	0		
Negatividad pesimismo	Ausencia	327	74	6	1.4	0	0	0	0.98
	Presencia	107	24.2	2	0.5	0	0		
Inhibición emocional	Ausencia	329	74.4	6	1.4	0	0	0	0.95
	Presencia	105	23.8	2	0.5	0	0		
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	332	75.1	8	1.8	0	0	2.44	0.11
	Presencia	102	23.1	0	0	0	0		
Castigo	Ausencia	335	75.8	5	1.1	0	0	0.95	0.33
	Presencia	99	22.4	3	0.7	0	0		
<b>Total</b>		<b>434</b>	<b>98.9</b>	<b>8</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)

**Anexo 14:**

Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Sedantes)

Esquemas Precoces Desadaptativos		Sedantes						X <sup>2</sup>	P
		Bajo		Moderado		Alto			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Abandono / inestabilidad	Ausencia	290	65.6	19	4.3	2	0.5	4.6	1
	Presencia	114	25.8	15	3.4	2	0.5		
Desconfianza / abuso	Ausencia	296	67	25	5.7	1	0.2	4.67	0.09
	Presencia	108	24.4	9	2	3	0.7		
Privación emocional	Ausencia	315	71.3	28	6.3	1	0.2	6.87	<b>0.03*</b>
	Presencia	89	20.1	6	1.4	3	0.7		
Imperfección / vergüenza	Ausencia	313	70.8	24	5.4	2	0.5	2.44	0.29
	Presencia	91	20.6	10	2.3	2	0.5		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	322	72.9	30	6.8	4	0.9	2.43	0.29
	Presencia	82	18.6	4	0.9	0	0		
Dependencia / incompetencia	Ausencia	308	69.7	28	6.3	2	0.5	2.22	0.32
	Presencia	96	21.7	6	1.4	2	0.5		
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	320	72.4	29	6.6	3	0.7	0.77	0.68
	Presencia	84	19	5	1.1	1	0.2		
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	329	74.4	27	6.1	1	0.2	8.16	<b>0.01*</b>
	Presencia	75	17	7	1.6	3	0.7		
Fracaso	Ausencia	311	70.4	27	6.1	2	0.5	1.75	0.41
	Presencia	93	21	7	1.6	2	0.5		
Grandiosidad / Autorización	Ausencia	307	69.5	22	5	4	0.9	3.47	0.17
	Presencia	97	21.9	12	2.7	0	0		
Insuficiente autocontrol	Ausencia	309	69.9	23	5.2	1	0.2	6.82	<b>0.03*</b>
	Presencia	95	21.5	11	2.5	3	0.7		
Subyugación	Ausencia	325	73.5	25	5.7	2	0.5	3.11	0.21
	Presencia	79	17.9	9	2	2	0.5		
Auto-sacrificio	Ausencia	312	70.6	21	4.8	3	0.7	4.11	0.12
	Presencia	92	20.8	13	2.9	1	0.2		
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	324	73.3	27	6.1	2	0.5	2.25	0.32
	Presencia	80	18.1	7	1.6	2	0.5		
Negatividad pesimismo	Ausencia	304	68.8	27	6.1	2	0.5	1.68	0.43
	Presencia	100	22.6	7	1.6	2	0.5		
Inhibición emocional	Ausencia	309	69.9	24	5.4	2	0.5	2.06	0.35
	Presencia	95	21.5	104	2.3	2	0.5		
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	310	70.1	28	6.3	2	0.5	2.21	0.33
	Presencia	94	21.3	6	1.4	2	0.5		
Castigo	Ausencia	314	71	25	5.7	1	0.5	6.44	<b>0.04*</b>
	Presencia	90	20.4	9	2	3	0.5		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>91.4</b>	<b>34</b>	<b>7.7</b>	<b>4</b>	<b>0.9</b>		

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)

**Anexo 15:**

Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Alucinógenos)

Esquemas Precoces Desadaptativos	Alucinógenos						X <sup>2</sup>	P	
	Bajo		Moderado		Alto				
	N°	%	N°	%	N°	%			
Abandono / inestabilidad	Ausencia	308	69.7	3	0.7	0	0	0.26	0.61
	Presencia	129	29.2	2	0.5	0	0		
Desconfianza / abuso	Ausencia	318	71.9	4	0.9	0	0	0.13	0.71
	Presencia	119	26.9	1	0.2	0	0		
Privación emocional	Ausencia	339	76.7	5	1.1	0	0	1.44	0.23
	Presencia	98	22.2	0	0	0	0		
Imperfección / vergüenza	Ausencia	336	76	3	0.7	0	0	0.78	0.37
	Presencia	101	22.9	2	0.5	0	0		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	352	79.6	4	0.9	0	0	0	0.97
	Presencia	85	19.2	1	0.2	0	0		
Dependencia / incompetencia	Ausencia	334	75.6	4	0.9	0	0	0.03	0.85
	Presencia	103	23.3	1	0.2	0	0		
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	350	79.2	2	0.5	0	0	4.9	<b>0.02*</b>
	Presencia	87	19.7	3	0.7	0	0		
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	353	79.9	4	0.9	0	0	0	0.96
	Presencia	84	19	1	0.2	0	0		
Fracaso	Ausencia	338	76.5	2	0.5	0	0	3.88	<b>0.04*</b>
	Presencia	99	22.4	3	0.7	0	0		
Grandiosidad / Autorización	Ausencia	331	74.9	2	0.5	0	0	3.39	0.06
	Presencia	106	24	3	0.7	0	0		
Insuficiente autocontrol	Ausencia	328	74.2	5	1.1	0	0	1.65	0.19
	Presencia	109	24.7	0	0	0	0		
Subyugación	Ausencia	348	78.7	4	0.9	0	0	0	0.98
	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0		
Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	0.04	0.83
	Presencia	105	23.8	1	0.2	0	0		
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	349	79	4	0.9	0	0	0	0.99
	Presencia	88	19.9	1	0.2	0	0		
Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	0.05	0.8
	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0		
Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	0.04	0.82
	Presencia	106	24	1	0.2	0	0		
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	0.02	0.87
	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0		
Castigo	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0.81	0.36
	Presencia	100	22.6	2	0.5	0	0		
<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>98.9</b>	<b>5</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)

**Anexo 16:**

Tabla Cruzada (Esquemas Precoces Desadaptativos y Consumo de Riesgo de Opiáceos)

Esquemas Precoces Desadaptativos	Opiáceos						X <sup>2</sup>	P	
	Bajo		Moderado		Alto				
	N°	%	N°	%	N°	%			
Abandono / inestabilidad	Ausencia	309	69.9	2	0.5	0	0	0.8	0.37
	Presencia	129	29.2	2	0.5	0	0		
Desconfianza / abuso	Ausencia	318	71.9	4	0.9	0	0	1.5	0.22
	Presencia	120	27.1	0	0	0	0		
Privación emocional	Ausencia	341	77.1	3	0.7	0	0	0.01	0.89
	Presencia	97	21.9	1	0.2	0	0		
Imperfección / vergüenza	Ausencia	336	76	3	0.7	0	0	0	0.93
	Presencia	102	23.1	1	0.2	0	0		
Aislamiento social / alienación	Ausencia	354	80.1	2	0.5	0	0	2.4	0.12
	Presencia	84	19	2	0.5	0	0		
Dependencia / incompetencia	Ausencia	335	75.8	3	0.7	0	0	0	0.94
	Presencia	103	23.3	1	0.2	0	0		
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Ausencia	349	79	3	0.7	0	0	0.05	0.81
	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0		
Apego confuso / yo inmaduro	Ausencia	354	80.1	3	0.7	0	0	0.08	0.76
	Presencia	84	19	1	0.2	0	0		
Fracaso	Ausencia	337	76.2	3	0.7	0	0	0	0.92
	Presencia	101	22.9	1	0.2	0	0		
Grandiosidad / autorización	Ausencia	330	74.7	3	0.7	0	0	0	0.98
	Presencia	108	24.4	1	0.2	0	0		
Insuficiente autocontrol	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	1.32	0.25
	Presencia	109	24.7	0	0	0	0		
Subyugación	Ausencia	349	79	3	0.7	0	0	0.05	0.81
	Presencia	89	20.1	1	0.2	0	0		
Auto-sacrificio	Ausencia	332	75.1	4	0.9	0	0	1.27	0.25
	Presencia	106	24	0	0	0	0		
Búsqueda de aprobación / búsq. de reconoc.	Ausencia	350	79.2	3	0.7	0	0	0.05	0.8
	Presencia	88	19.9	1	0.2	0	0		
Negatividad pesimismo	Ausencia	329	74.4	4	0.9	0	0	1.32	0.25
	Presencia	109	24.7	0	0	0	0		
Inhibición emocional	Ausencia	331	74.9	4	0.9	0	0	1.28	0.25
	Presencia	107	24.2	0	0	0	0		
Metas inalcanzables / hipercriticismo	Ausencia	336	76	4	0.9	0	0	1.21	0.27
	Presencia	102	23.1	0	0	0	0		
Castigo	Ausencia	339	76.7	1	0.2	0	0	6.13	<b>0.01*</b>
	Presencia	99	22.4	3	0.7	0	0		
<b>Total</b>		<b>438</b>	<b>99.1</b>	<b>4</b>	<b>0.9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)