

***Universidad de Palermo***

*Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*

*Trabajo Final de Integración:*

**Esquemas Tempranos Desadaptativos en  
las Adicciones**

*Autor: Chattás, Andrea*

*Tutor: Góngora, Vanesa*

## Índice

<b>1.- Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.- Planteo del Problema.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.- Objetivos.....</b>	<b>6</b>
1.2.1.- Objetivo general	6
1.2.2.- Objetivos específicos	6
<b>1.3.- Justificación.....</b>	<b>6</b>
<b>1.4.- Marco Teórico.....</b>	<b>7</b>
1.4.1.- Evolución teórica previa al concepto de “Creencias”	7
1.4.2.- Antecedentes de los Esquemas	8
1.4.3.- Terapia centrada en Esquemas	10
1.4.3.1.- Modalidad terapéutica de la terapia de Esquemas	14
16	
1.4.4.- Conceptualización de las Adicciones	16
1.4.5.- Terapia cognitiva de las adicciones	19
1.4.5.1.- Modalidad Terapéutica cognitiva de las adicciones	24
1.4.5.2.- Terapia centrada en esquemas y adicciones	25
1.4.6.- Trastornos psíquicos y de personalidad en las adicciones	25
1.4.7.- Terapia centrada en esquemas, Esquemas Tempranos Desadaptativos, Trastornos de personalidad y adicciones.	26
1.4.7.1.- Estudios previos sobre adicciones y Esquemas Tempranos Desadaptativos	26
<b>2.- Desarrollo.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.- Método.....</b>	<b>29</b>
2.1.1.- Tipo de estudio	29
2.1.2. - Muestra	29
2.1.2.1.- Grupo clínico: Características	29
2.1.2.2.- Grupo de comparación: características	29
2.1.3.- Instrumento	30
2.1.4.- Hipótesis de trabajo	31
2.1.5.- Procedimiento	32
33	

	3
2.1.6.- Análisis de datos	33
<b>3.- Resultados</b> .....	<b>34</b>
<b>3.1.- Comparación de los Esquemas Tempranos Destadaptativos entre los grupos</b> .....	<b>34</b>
<b>3.2.-Análisis Discriminante:</b> .....	<b>35</b>
<b>3.3.-Correlación de Pearson:</b> .....	<b>36</b>
<b>4.- Discusión</b> .....	<b>39</b>
<b>- Referencias bibliográficas</b> .....	<b>43</b>

## Esquemas Tempranos Desadaptativos en las Adicciones

Andrea Chattás\*

\*Universidad de Palermo

**Palabras clave:** Terapia de Esquemas – Adicciones – Esquemas Tempranos Desadaptativos -

### 1.- Introducción

La práctica de habilitación profesional V fue realizada en la institución “Programa Andrés”, Conurbano Bonaerense y trabaja en el tratamiento para la rehabilitación de adicciones.

El tratamiento ofrecido se realiza bajo dos modalidades, una es la de comunidad terapéutica (internación), la otra es bajo modalidad ambulatoria, en la que los pacientes continúan viviendo en sus propias casas y concurren a la institución periódicamente para diferentes actividades (grupos terapéuticos, terapia individual). El tratamiento está estructurado en etapas, en las cuales el paciente debe cumplir una serie de objetivos para pasar a la siguiente. Los familiares y pares, acompañan el tratamiento recibiendo asesoramiento de parte de los profesionales, asistiendo a distintos grupos programados.

La población que concurre a la institución se conforma de hombres, de todas las edades, de nivel socio económico medio y bajo, con diagnóstico de *trastorno por dependencia de sustancias*. En algunos casos llegan a la institución por indicación de un juzgado con causas legales en curso.

Los Recursos Humanos del programa están formados por una directora, un equipo terapéutico que consta de un psiquiatra, cinco psicólogos, y dos operadores terapéuticos (consultores psicológicos), dos secretarías y una administrativa. Además hay dos voluntarios que dictan distintos talleres que son opcionales.

La práctica profesional consistió en el cumplimiento de 320 horas aproximadamente dentro de la institución. La percepción personal del clima dentro de la misma es que es muy familiar y de seguimiento permanente tanto del paciente como de la familia, sin embargo, al mismo tiempo la intención del equipo terapéutico es que las reglas en cuanto a la estructura del tratamiento sean lo más estrictas posibles, esta es parte de la metodología del tratamiento.

Las actividades realizadas durante la práctica fueron las siguientes:

- Grupo de Padres: Observación y registro en planillas de seguimiento.

- Grupo terapéutico Fases A y B (ambulatorio): Inicialmente observación, y progresivamente se fueron realizando algunas intervenciones.

- Grupo de Cierre (internación): Observación y registro de la misma en el libro de guardia.

- Socialización (internación): Es un espacio de tiempo en el que los pacientes comparten sucesos del día, se “bajan” ayuda unos a otros (bajar ayuda es el término que se utiliza dentro de la institución cuando comparten entre pares para que la experiencia de unos se transmita a otros).

- Grupo de Sentimientos: Durante el desarrollo del grupo, los pacientes en internación aprenden a reconocer y manifestar sentimientos que han tenido durante la semana hacia otros integrantes de la comunidad terapéutica.

Con respecto a la elección del tema del TFI, las primeras preguntas realizadas durante la pasantía sobre las adicciones rondaban el “¿porqué?”, ¿que hay en común en las personas que hace que desarrollen una patología como la adicción?. Las primeras búsquedas se orientaron hacia los estilos de personalidad. Pero se sabe que diversas investigaciones convergen en que no habría coincidencia entre este trastorno y algún perfil de personalidad en particular (Beck, Wright., Newman, & Liese, 1999). Por lo tanto las creencias básicas, - que son estructuras internas que se forman a lo largo de la vida como consecuencia de la interacción con el entorno, y se convierten en la lente a través de la cual observamos la realidad,- serían un posible paso alternativo para buscar algún rasgo o característica en común que se darían en las adicciones, como aspecto diferencial al resto de la población.

### **1.1.- Planteo del Problema**

A lo largo de los años, diferentes enfoques han dado cuenta sobre la percepción del sujeto con respecto a sí mismo, e incluso otras corrientes han intentado encontrar características diferenciales profundas que sean patognomónicas de los sujetos con adicciones, dando lugar a un variedad de teorías en función del tipo de análisis y criterios empleados para explicarlo.

La intención del presente estudio consiste en identificar si existen diferencias en los Esquemas Tempranos Desadaptativos descritos por individuos con diagnóstico de trastorno por dependencia de sustancias y un grupo de comparación. Para ello, inicialmente se parte de la suposición de que las personas con adicciones presentarían

características diferenciales en sus Esquemas Tempranos Desadaptativos con respecto a sus semejantes sin el mismo diagnóstico.

## **1.2.- Objetivos**

### **1.2.1.- Objetivo general**

Analizar si existen diferencias en los Esquemas Tempranos Desadaptativos entre un grupo de sujetos con diagnóstico de trastorno por dependencia de sustancias y un grupo equivalente sin el mismo diagnóstico.

### **1.2.2.- Objetivos específicos**

-Determinar si existen diferencias observables en algún esquema temprano desadaptativo específico entre el grupo clínico y el grupo de comparación.

Detectar si existe alguna relación observable entre:

- La severidad de los esquemas tempranos desadaptativos con respecto a la edad.
- La severidad de los Esquemas Tempranos Desadaptativos con el tiempo de consumo.
- La severidad de los Esquemas Tempranos Desadaptativos con el tiempo de abstinencia en el tratamiento.

## **1.3.- Justificación**

En primer lugar, considerando que en nuestro país existe muy poca investigación orientada al estudio de las adicciones. Específicamente, sobre el tema del presente trabajo, en el mundo se sabe muy poco acerca del sistema de creencias subyacentes en la población drogadependiente, y no existen investigaciones al respecto en Argentina. Por lo tanto se considera que el presente trabajo, - además de aportar información teórica - podría implicar un paso más para avanzar en una cultura orientada hacia la investigación dentro de nuestras instituciones.

Por otro lado, el aporte de información teórica del presente trabajo podría favorecer la futura utilización de ésta en diferentes tratamientos del trastorno por dependencia de sustancia, favoreciendo la recuperación y aumentando la eficacia de los mismos.

Si bien el presente trabajo no se va a enfocar en el tratamiento, sino en un paso previo - el diagnóstico - una forma posible de favorecer los tratamientos sería a través de la evaluación y el análisis frecuente a lo largo del proceso, esto permitiría replantear los objetivos, la metodología terapéutica, y las estrategias de intervención de cada paciente, basándose en los resultados obtenidos en cada una de ellas, en pos de obtener mejores resultados.

#### **1.4.- Marco Teórico**

##### **1.4.1.- Evolución teórica previa al concepto de “Creencias”**

Intentando buscar el origen de las creencias dentro de la historia de la psicología de las adicciones se advierte que en diferentes corrientes teóricas se han desarrollado diversos conceptos relacionados que resultaron precursores de este concepto. Desde el comienzo fue Freud quien propuso que gran parte de la actividad humana no era dirigida por la conciencia. De igual forma el psicoanálisis rescata la importante influencia de las experiencias de los primeros años de vida en las ulteriores conductas y actitudes (Dowd, 1997).

Por otro lado, la psicología conductual, puso los cimientos de la conducta humana en el condicionamiento clásico, (aprendizaje por asociación) y el condicionamiento operante (aprendizaje por consecuencias) (Dowd, 1997). Estos conceptos ahistóricos, se podrían producir en cualquier etapa del ciclo vital.

Hacia los años `60, la teoría de Bandura, propone abrir la caja negra del conductismo, colocando en su lugar a la cognición. Es aquí donde se comienza a esbozar el desarrollo del concepto de *creencia*. El principio de la influencia recíproca, da cuenta que las personas son influidas por contingencias ambientales, por sí mismos, y que también pueden influir a los otros. Posteriormente aclara que las personas no deben ser reforzadas directamente para aprender, si no que existe un aprendizaje vicario. Con ello, se inicia un camino en el que la conducta pasa de tener el foco en lo externo para ubicarse en lo interno, allí mismo, donde se construyen las creencias (Dowd, 1997).

Continuando con la historia, en los años `70, Michenbaum (1997) realiza un programa de modificación cognitivo – conductual. En su teoría, la persona primero actúa y luego conceptualiza la conducta. Hace hincapié en el diálogo interno como regulador

importante de la conducta, y trabaja con él para producir el cambio. Desde esta teoría, ya las creencias se construirían como conceptualizaciones cognitivas del sujeto

#### **1.4.2.- Antecedentes de los Esquemas**

Hasta la época actual, paralelamente al desarrollo de las terapias basadas en la conducta, se desarrollaron teorías que se basaron en conceptos e intervenciones cognitivas. Las dos figuras que más influyeron en este aspecto fueron Albert Ellis y Aaron Beck (Dowd, 1997).

Ellis (1997) encontró consistentemente que gran parte de los problemas de sus clientes contenían patrones distorsionados de pensamientos específicos. Su Terapia Racional Emotiva, consistió en capacitar a estos para reconocer sus distorsiones e intentar modificarlas. Ellis toma de Karen Horney el hecho de que los individuos se perturban con sus posturas absolutistas, los “debería” o “tener que” impuestos por la cultura y el entorno llevan a las personas a condenarse a sí mismas cuando intentan satisfacer sus deseos (Boeree, 1998).

Uno de los aportes de Ellis fue la distinción entre *creencias racionales* y *creencias irracionales*. Las primeras son útiles para ayudar a los individuos a obtener lo que desean, y las segundas tienen que ver con lo dogmático y absolutista, y son las que pueden impedir a un individuo conseguir sus objetivos. Otra de las contribuciones de Ellis fue el método A B C para el análisis y cambio cognitivo conductual. Para explicarlo brevemente: La creencia (B) sobre un acontecimiento activador (A), produce la consecuencia (C) (Sánchez, 1998).

Ellis (1997) añade una letra D y una E: El terapeuta debe disputar (D) las creencias irracionales, de manera que el cliente pueda finalmente disfrutar de los efectos psicológicos positivos (E) de ideas racionales.

A pesar de que la activación de las experiencias puede ser bastante real y causar un gran monto de dolor, nuestras creencias son las que le dan el calificativo de larga estancia y de mantener problemas a largo plazo.

Ellis (1997) propuso que estas creencias toman la forma de afirmaciones absolutas. Existe una gran variedad de “errores de pensamiento” típicos en los que la gente se pierde, incluyendo: 1. Ignorar lo positivo. 2. Exagerar lo negativo, y 3. Generalizar.

Beck, (1992) -inicialmente en las depresiones y luego en las fobias y la ansiedad- indagó el contenido de los pensamientos automáticos (cogniciones) sobre si mismo, el mundo y el futuro, que son el núcleo sobre el que se construyen las creencias. Demostró que algunos trastornos conllevan un proceso cognitivo distorsionado, que son similares a las creencias irracionales de Ellis. En la terapia cognitiva la técnica más esencial y la más comunmente utilizada es identificar y cambiar los pensamientos automáticos, y con ello las creencias que resultan disfuncionales (Dowd, 1997). Más adelante se desarrollará más extensamente la teoría de Beck.

La terapia cognitiva se ha ampliado y reformulado continuamente. Las últimas actualizaciones, dan un importante papel al *esquema cognitivo*. Los esquemas son estructuras cognitivas jerarquizadas e interrelacionadas que integran y asignan significados a los acontecimientos por intermedio del rastreo, la codificación y evaluación del estímulo captado. Esas estructuras son organizadas por la experiencia y conforman los *Esquemas o supuestos Personales*. Por su naturaleza tienen sus orígenes tempranamente en la infancia y se construyen a lo largo de la vida. Los rasgos de personalidad (normales y patológicos) se consideran expresiones de los esquemas cognitivos. Estos se refieren a creencias básicas que predisponen al individuo a una vulnerabilidad psicopatológica. En síntesis, conforman una serie de "reglas abstractas" que guían la conducta del individuo (Sánchez & Sánchez, 1999).

A modo de aclaración, se puede decir que a lo largo de los años, se ha dado diferentes nombres al mismo concepto, *Creencia básica*, *Esquema temprano desadaptativo o inadaptado*, *Esquemas o supuestos personales*, y responden a un mismo constructo teórico.

En lo sucesivo, a lo largo del presente trabajo, se utilizará el siguiente criterio en la utilización de los conceptos de *Creencias* y *Esquemas Tempranos Desadaptativos* para evitar la confusión de ambos como sinónimos:

- Se utilizará el concepto de *Creencia*, según la definición teórica y el criterio utilizado por la terapia Cognitiva

- Se utilizará el concepto de *Esquema Temprano Desadaptativo* respondiendo a la definición y clasificación con las diferencias desarrolladas por Young (1999).

La diferencia entre ambos conceptos radica en que un Esquema Temprano Desadaptativo es más amplio, más profundo, no es solo una creencia, sino que la abarca. El tratamiento de este último es más específico y pone mayor énfasis en aspectos de la personalidad (Young, 1999). En el apartado 1.4.3 Se expone más ampliamente las características específicas de los Esquemas Tempranos Desadaptativos, en su discriminación con la creencia desarrollada por Terapia cognitiva

### **1.4.3.- Terapia centrada en Esquemas**

La terapia centrada en esquemas desarrollada por Young (1995) implica una nueva profundización del modelo de la terapia cognitiva de Beck (1992). Aunque inicialmente fue utilizada para el estudio y tratamiento de trastornos de la personalidad, se ha ido expandiendo a otras problemáticas incluyendo entre ellas, la recaída en la prevención de abuso de sustancias, los rasgos de personalidad resistentes al proceso terapéutico, las características personales de cada paciente y muy especialmente los trastornos de personalidad (Young & Gluboski, 1997).

Sus conceptos principales son: A) Los Esquemas Tempranos Desadaptativos B) Los Estilos de Afrontamiento. C) Los Modos.

Según Young (1999), los esquemas deben su origen a tres factores:

- ❖ Temperamento innato
- ❖ Experiencias negativas repetidas durante la infancia y la adolescencia, que se dan como resultado de la acumulación de interacciones nocivas con personas significativas. Pueden iniciarse incluso en la etapa preverbal
- ❖ Influencias culturales (étnicas, nivel socio económico, religión)

Y se perpetúan debido a:

- ❖ Distorsiones cognitivas
- ❖ Patrones autodestructivos
- ❖ Respuestas y estilos de afrontamiento de los esquemas:

Los estilos de afrontamiento de los esquemas son las formas que desarrolla el niño para adaptarse al distress del medio ambiente en la infancia. Estos estilos son: rendirse, evitación, sobrecompensación; muchos otros estilos individuales se desprenden de estos tres amplios grupos, (Young & Gluhoski, 1996)

Las respuestas de afrontamiento más comunes son: Agresión, hostilidad; Manipulación, explotación; Dominación; Sobrecompensación, búsqueda cognitiva; Búsqueda de estimulación, impulsividad; Abuso de sustancias; Conformidad, dependencia; Excesiva autoconfianza; Compulsión, inhibición; Retiro psicológico; y Aislamiento social, evitación (Young & Gluhoski, 1996)

El Schema Therapy Institute (2004), desarrolla también la descripción de algunas características importantes de los Esquemas Tempranos Desadaptativos que se agregan a las descriptas:

- Conducen al sujeto emociones intensas y disfuncionales, conductas autodestructivas, y experiencias interpersonales negativas.
- Interrumpen poderosamente la habilidad de los individuos para lograr sus necesidades básicas (autodeterminación, independencia, relación interpersonal, límites realistas, etc.).
- Se mantienen rígidamente, autoperpetuándose, por lo que son difíciles de cambiar, dado que abarcan el núcleo individual del sentido de si mismo.
- Abarca componentes como recuerdos, sensaciones corporales, emociones, y cogniciones.
- Están fuera de la conciencia, aunque se puede entrenar a una persona para aprender a identificarlos.
- Emergen o son activados cuando son disparados por eventos de todos los días que son relevantes para los esquemas.

Young (1995) propone una taxonomía de 18 esquemas agrupados en cinco modos. Los modos coinciden con necesidades primarias infantiles, como Seguridad, una base estable, amor, nutrición, atención, aceptación, reconocimiento, empatía, guía,

protección, validación de sentimientos y necesidades. Los Esquemas Tempranos Desadaptativos se desarrollan cuando necesidades específicas nucleares de la infancia no son satisfechas, (Young & Gluhoski, 1996).

A) Modo: Separación y rechazo

1. Abandono / Inestabilidad: Percepción de poca seguridad disponible como soporte en relación con los demás. Los otros significativos no serán capaces de dar soporte emocional.

2. Desconfianza / Abuso: Implica la percepción de que los otros ocasionarán un daño emocional de manera intencional, o como resultado de negligencia extrema e injustificada.

3. Privación Emocional: Expectativa de que sus necesidades de soporte emocional no serán satisfechas. Las tres formas más comunes de de privación son: privación de cuidado; privación de empatía; privación de protección.

4. Imperfección/ Vergüenza: Sensación de ser defectuoso, malo, inferior, imperfecto o que uno no sería querido por otros significativos si se muestra tal como es. Muestra también una hipersensibilidad a la mirada del otro.

5. Aislamiento Social / Alienación: Sensación de estar aislado del resto del mundo, ser diferente a los demás y no ser parte de un grupo social.

B) Modo: Deterioro en la autonomía & funcionamiento y habilidad.

6. Dependencia / Incompetencia: Supuesto de que uno es incapaz de realizar sus tareas diarias sin ayuda de los demás, se puede presentar como indefensión.

7. Vulnerabilidad al Peligro y a la Enfermedad (eventos fortuitos): Creencia de que ocurrirá un evento azaroso catastrófico (aspecto médico, emocional, natural/fobia).

8. Apego / Yo Inmaduro: Emocionalmente unido a una o más personas significativas y con la creencia de que uno no puede sobrevivir o ser feliz sin el soporte del otro.

9. Fracaso: Creencia de fracaso inminente en el área de rendimiento, (presente o futuro) en comparación con el grupo de pares, con frecuencia atribuido a disminuciones o debilidades propias.

C) Modo: Límites Insuficientes:

10. Grandiosidad / Autorización: Creencia de que uno es superior a los demás, por lo que posee privilegios, o no está implicado en las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual (Young 1995). Algunas veces incluye exceso de competitividad.

11.- Insuficiente Autocontrol / Disciplina: dificultad o negación para ejercer autocontrol y tolerancia a la frustración, y para reprimir excesivamente la manifestación de sus emociones.

D) Modo: Dirigidos hacia los demás:

12. Subyugación: Traspaso del control al otro como resultado de sentirse restringido (sumisión). Las dos formas más comunes son subyugación de las necesidades y de las emociones. Implica la percepción de que las propias opiniones o sentimientos no son válidos para los demás.

13. Autosacrificio: Excesiva atención a las necesidades de los demás postergando la propia gratificación.

14. Búsqueda de la Aprobación: Excesivo énfasis en encontrar aprobación en los demás o en llevarse bien, dependiendo su autoestima de ello. En ocasiones hipersensibilidad al rechazo.

E) Modo: Sobrevigilancia e Inhibición:

15. Negatividad / Vulnerabilidad al Error (eventos controlables): Fuerte focalización en aspectos negativos de la vida, y negación o disminución de los aspectos positivos u optimistas. Suelen ser exagerados y poseer preocupación crónica.

16. Inhibición Emocional: Excesiva inhibición de la espontaneidad para evitar la desaprobación de los demás, cometer errores o perder el control de los impulsos.

17. Parámetros infalibles: Programación de estándares internos de conducta y rendimiento muy elevados. Se produce como resultado de sentimientos de presión o dificultad para ir más despacio.

18. Castigo: Tendencia a estar enfadado o intolerante consigo mismo y con los demás, como resultado de la creencia de que las personas son duramente castigadas por sus errores.

Nota: Búsqueda de Aprobación (14), Negatividad / Vulnerabilidad al Error (eventos controlables) (15), y Castigo (18) son esquemas que no se encuentran puntuadas en el cuestionario de Esquemas. En realidad estaban en la versión original pero el estudio de validación del cuestionario (Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995) mostró que no había evidencia empírica para sostener estas escalas.

#### **1.4.3.1.- Modalidad terapéutica de la terapia de Esquemas**

La terapia de Esquemas integra elementos de la Terapia Cognitiva, la Terapia conductual, las relaciones de objeto y Terapia Gestalt dentro de un acercamiento unificado sistemático para el tratamiento, (Young, 1999).

La terapia de esquemas, en un principio, sería una ampliación de la terapia cognitiva para los trastornos de personalidad. Con el tiempo se fueron estableciendo algunas diferencias como (Schema Therapy Institute, 2004):

- ❖ Mayor énfasis en la relación terapéutica
- ❖ Mayor énfasis en las emociones y los estados de ánimo
- ❖ Mayor diálogo sobre el origen en la infancia y el proceso de desarrollo
- ❖ Mayor énfasis en los estilos de afrontamiento perpetuados
- ❖ Mayor énfasis en temas nucleares atrincherados.

La terapia de Esquemas, tiene como objetivo general ayudar a los pacientes a conseguir la satisfacción de sus necesidades básicas, de una manera adaptativa, a través del cambio de Esquemas Desadaptativos, respuestas de afrontamiento, y modos (Young & Gluhoski, 1996).

Básicamente, sus estrategias terapéuticas se dirigen a: (a) El reconocimiento de los esquemas, estilos de afrontamiento y modos inadaptados; (b) El establecimiento de una relación paciente-terapeuta apropiada y curativa; (c) La confrontación empática de los esquemas inadaptados y el aprendizaje de nuevos estilos de afrontamiento; (d) El desarrollo del *modo adulto saludable* del paciente logrando la remisión o el control de los modos disfuncionales.

La Terapia de Esquemas propuesta por Young (1995) plantea un tratamiento en dos etapas:

❖ Primera etapa: Evaluación y Educación:

Los objetivos de la primera etapa consisten en identificar y educar al paciente sobre esquemas de vida centrales. Explorar el origen de los esquemas asociando los problemas presentes y los de la historia de vida. Llevar al paciente a contactarse con las emociones que se rinden a los esquemas, e identificar los estilos de afrontamiento disfuncionales. Las estrategias para esta etapa consisten en la convergencia de múltiples métodos de evaluación (Schema Therapy Institute, 2004).

❖ Segunda etapa: Cambio:

Se trabaja con el concepto de confrontación empática o prueba de realidad. En el área cognitiva, se reestructuran los pensamientos relativos a los esquemas, y se desarrolla una voz saludable para crear distancia. Desde enfoque experiencial, se realizan ejercicios vivenciales para expresar enojo, angustia por el dolor temprano para fortalecer al paciente. La relación terapéutica se enfoca en las relaciones con padres u otros significativos para proveer limitaciones y para curar los esquemas y los estilos de afrontamiento disparados en las sesiones. Desde lo conductual se intenta quebrar patrones de vida disfuncionales, asignando y ensayando cambios conductuales e interpersonales relacionados a los problemas presentes (Schema Therapy Institute, 2004).

#### 1.4.4.- Conceptualización de las Adicciones

Las investigaciones y teorías sobre los trastornos relacionados con sustancias son muy variadas. La OMS reemplazó el término de *adicción*, (por considerarlo poco científico) por el de *dependencia de sustancias*. Se conocen dos conceptos para referirnos a la dependencia: La dependencia conductual (o psicológica) también conocida como habituación, se refiere a las actividades de búsqueda y existencia de patrones de consumo patológico, se caracteriza por un anhelo continuo o intermitente por la sustancia para evitar los estados disfóricos. La dependencia física, implica los efectos fisiológicos de eventos múltiples de consumo de la sustancia, ésta considera a los fenómenos de tolerancia y abstinencia como criterios de clasificación (Kaplan y Sadok, 1995).

Los criterios DSM IV (1994) para la dependencia de sustancias incluyen la presencia durante un período de 12 meses de los siguientes síntomas:

1.- Tolerancia: Se manifiesta por un lado, una necesidad de cantidades progresivamente acrecentadas de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. Y por otro, el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye con el consumo continuado.

2.- Abstinencia: Se refiere a un síndrome de abstinencia específico explicado para cada sustancia. Se toma una sustancia equivalente para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.

3.- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

4.- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la búsqueda, el consumo o en la recuperación de los efectos de la misma.

5.- Reducción significativa de las actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

6.- A pesar de reconocer problemas psicológicos o físicos recidivantes y persistentes como producidos o agravados por el consumo, se continua el consumo.

Las nosologías actuales diferencian consumo, abuso y dependencia de sustancias. Este trabajo se centrará en esta última, ya que el grupo con el que se trabajará presenta el tercer diagnóstico.

Las drogas más utilizadas según diferentes estudios son:

- Alcohol:

El alcohol es simultáneamente una sustancia química, un brebaje y una droga que modifica el funcionamiento del sistema nervioso (Beck, et. al, 1999).

- Drogas ilegales:

Durante algún tiempo se consideró a la marihuana como una droga que no generaba adicción, sin embargo en el presente se la asocia a múltiples efectos físicos y psicológicos, desde alteraciones del afecto, depresión, síndrome amotivacional, disminución de la memoria a corto plazo y enfermedades pulmonares (Beck et. al, 1999).

La cocaína estimula el sistema nervioso central (SNC) de manera que produce sensación de euforia, alerta y bienestar, aumentando la energía, la sexualidad y la autoestima y simultáneamente disminuyendo la ansiedad y la inhibición social. Para muchas personas estos resultados positivos a corto plazo superan los peligros y los resultados negativos a largo plazo (Beck et. al, 1999)

La pasta base (llamada también cocaína *crack*) suele ser la forma base de la cocaína que se vende relativamente a bajo costo y preparada para su consumo en pequeñas dosis, volviéndose accesible para los sectores más empobrecidos. La pasta base produce un estado de exaltación abrupto e intenso casi instantáneamente (subidón o colocón). Es poderosamente adictiva y produce un deterioro sustancial del funcionamiento diario con tan solo unas pocas semanas de consumo (Beck et. al, 1999).

El abuso de sustancias múltiples es muy frecuente entre sujetos adictos, gran parte de las personas en programas de tratamiento dependen de otra droga, el caso más frecuente es el de alcohol, marihuana y cocaína. Esto se explicaría por el hecho de que

algunas drogas aumentan los efectos de otras, y ciertas drogas se utilizan para evitar los efectos secundarios indeseables de otras (Beck et. al, 1999).

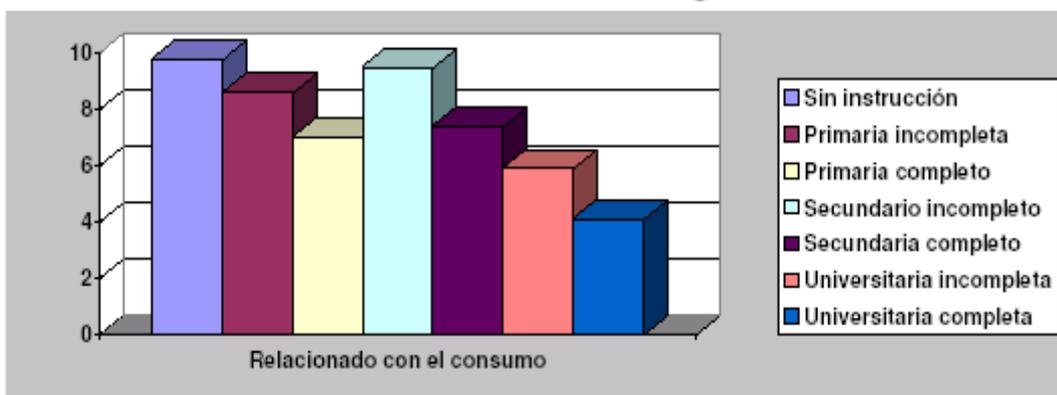
La drogadependencia se instaure de forma compleja e imprecisa. El proceso se ve influido por las propiedades de la sustancia psicoactiva, factores psicofísicos personales, la clase socioeconómica, así como el marco familiar, cultural y social. Todos estos factores unidos a la disponibilidad de la droga, determinan la elección de una u otra sustancia psicoactiva y la pauta y frecuencia de consumo (Sedronar, 2005).

Según un estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en 2004, al igual que estudios realizados en otros países, el consumo se inicia con alcohol (entre los 11 y los 14 años), y dentro de las drogas ilegales, es la marihuana la de mayor consumo. En el grupo etéreo de 12 a 15 años, 20 de cada 100 adolescentes manifiestan tener amigos que consumen drogas ilegales. En el grupo de adultos, 7 de cada 100 consume drogas ilegales. En el país dentro del conjunto de las sustancias ilegales, la marihuana, clorhidrato de cocaína y sedantes son las de mayor consumo. Hacia el año 2004 se observa un incremento relativo del consumo en la población de 35 a 49 años, de tabaco, clorhidrato de cocaína, sedantes y marihuana (Sedronar, 2005).

Los datos de un estudio en población general de la provincia de Buenos Aires, la provincia de mayor tamaño demográfico del país, realizado en el año 2002, muestran que el 8.1% de la población consume alguna droga ilegal, y el 31.2% de la población de 18 a 25 años presenta un consumo abusivo de alcohol (Sedronar 2005).

En el año 2003, Sedronar realizó un estudio sobre las consultas en salas de urgencias del país. En ella el 8.2% del total de las consultas, estaban relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol en primer lugar, y en segundo lugar se encuentran la marihuana, tranquilizantes y sedantes y por último, cocaína, inhalantes y anfetaminas. En relación con el nivel de estudios, la mayoría de las consultas relacionadas con sustancias, correspondían a sujetos sin escolaridad, con primario incompleto y secundario incompleto (Sedronar, 2003).

**Consultas relacionadas con el consumo, según nivel educativo.**



Fuente: El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Primer Estudio Nacional. Argentina 2003. SEDRONAR

#### **1.4.5.- Terapia cognitiva de las adicciones**

Existen numerosas explicaciones generadas por diversos modelos teóricos acerca del inicio y desarrollo de las adicciones, cada una de ellas da un enfoque diferente al mismo. El presente trabajo, se realiza desde un enfoque centrado en la teoría cognitiva, y a continuación se explica cual es la concepción que la misma utiliza para las adicciones. Para ello, Beck et. al. (1999) publicaron un libro sobre el enfoque cognitivo de las adicciones, en el cual aporta valiosa información teórica y práctica del trabajo cognitivo con sujetos drogadependientes.

Por otro lado, Young (1999), desarrolló un modelo teórico basado en la terapia cognitiva, por lo cual, adhiere a los supuestos básicos de la misma, pero la amplía y profundiza dando mayor énfasis en el desarrollo de los Esquemas Tempranos Desadaptativos explicando su origen y clasificación, y creando un manual o guía para el tratamiento terapéutico de los mismos que se explicará más adelante.

El presente trabajo no está enfocado en el tratamiento, sino en el diagnóstico y evaluación de los Esquemas Tempranos Desadaptativos, para ello, se utilizó el modelo teórico cognitivo de Beck para una mejor comprensión del problema de las adicciones y el Modelo de Terapia de Esquemas de Young, -con su respectiva ampliación teórica y práctica de la anterior-, para su medición y evaluación.

Según Beck et. al (1999) la razón básica por la cual se comienza con el consumo es la sensación de placer, experimentar la euforia y compartirla con alguien que también lo esté utilizando. Además existe la expectativa de que el consumo producirá un aumento de la eficacia, la fluidez verbal, y la creatividad. Luego de ello hay una serie de

factores adicionales que contribuyen a que la persona llegue a ser dependiente de la droga, como por ejemplo el alivio temporal del estrés, la ansiedad, la tensión, el aburrimiento o el cansancio. Con el tiempo se desarrolla la creencia de que pueden hacer frente mejor a las situaciones adversas de la vida tomando drogas durante un período para escapar u olvidar. Por otro lado, las personas con circunstancias vitales adversas tienen mayor probabilidad de llegar a ser adictos que aquellas con más fuentes de satisfacción.

Es importante para la intervención conocer dos fenómenos asociados a la dependencia de sustancias y su tratamiento: uno es el *craving*, refiere al deseo irrefrenable o deseo de la droga; el otro es el *impulso*, el cual encarna la presión interna o movilización para actuar por el craving. El impulso es la consecuencia instrumental del craving, el objetivo final del impulso es reducir el estado que lo ha provocado. El tiempo en que transcurre entre la aparición del craving y la aplicación del impulso permite la intervención terapéutica, para aplicar técnicas de control (Beck et al, 1999).

Un problema importante es que la droga termina controlando la vida de la persona adicta, sus objetivos, valores, sus lazos sociales están subordinados a la droga, formando un círculo vicioso de *craving*, cambios del estado de ánimo y angustia, que solo puede ser aliviado por el consumo nuevamente. Lejos de aliviar el dolor de la vida, el consumo crea una nueva categoría de problemas, económicos, laborales, sociales y personales.

Los consumidores de drogas tienen ciertas características como la baja tolerancia a la frustración, poca asertividad o poco control del impulso. Estos rasgos los hace a su vez más susceptibles al consumo frecuente. Como consecuencia, puede decirse que a priori, los factores psicológicos o sociales son más determinantes que los farmacológicos de la sustancia en sí misma (Beck et. al., 1999).

La terapia cognitiva se muestra partidaria de un programa de tratamiento que se esfuerce por conseguir la abstinencia total, intentando un estilo de vida responsable, y considerando que uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta durante el tratamiento de las adicciones es el riesgo de recaída. Con ello evita mostrar al paciente la falsa impresión de una mera reducción del consumo como un resultado positivo (Beck et. al. 1999). Posteriormente se explicará detalladamente otros aspectos de la terapia cognitiva en adicciones.

Según Beck et. al (1999) algunas características del sujeto existen previamente al consumo, y resultan importantes para su transformación en abuso o dependencia. Estos rasgos serían:

a) Una sensibilidad general hacia los sentimientos y emociones desagradables que se producen normalmente durante el día.

b) Se le otorga un alto valor a la satisfacción inmediata por lo que existe una baja motivación para controlar la conducta.

c) Aún cuando exista esta motivación, no se poseen los recursos adecuados para controlar la conducta y afrontar los problemas.

d) Existe un patrón automático, no reflexivo que cede inmediatamente a los impulsos.

e) Se busca la excitación permanente y se muestra poca tolerancia al aburrimiento.

f) La baja tolerancia a la frustración y falta de conocimientos para controlarlo se perpetúan, así como las creencias con respecto a su indefensión.

g) La atención está centrada en el aquí y ahora, en el craving e impulsos, y en las búsquedas de satisfacción, lo que disminuye su visión de futuro.

La terapia cognitiva concibe que los sentimientos, motivaciones y acciones se ven influidos por la forma en que una persona interpreta situaciones de la vida cotidiana. Determinada creencia se activa en una situación específica, modelando la interpretación del sujeto, en ocasiones estimulando el craving e incrementando la probabilidad de consumo (Beck et. al, 1999).

Los esquemas cumplen un rol fundamental en la generación de los impulsos, producidos por la creencia construida acerca del efecto positivo que producirá la sustancia, lo que se denomina expectativa de resultados positivos (Beck et. al, 1999).

Con el correr del tiempo, se produce un proceso de generalización estimular, mediante el cual el sujeto responderá con un craving cada vez más intenso a una

multiplicidad cada vez mayor de situaciones estimulares, el impulso se va generalizando progresivamente a más situaciones (Beck et. al, 1999).

Cuando una sustancia se utiliza para aliviar el estrés relacionado con el consumo, la tensión ocurre de forma natural, la ansiedad, la tristeza, tienden a reforzar en la persona la creencia de que se necesita la droga, y de que no puede tolerar los sentimientos desagradables.

Uno de los principales obstáculos para culminar con el consumo es la red de creencias disfuncionales que subyacen al mismo. Estas creencias que se vuelven muy intensas a la hora de abandonar las drogas, se basan en la anticipación del estado de privación. (Ej. La creencia de que si no consume, no se será capaz de tolerar el dolor de la vida, las situaciones de estrés, o perdería a sus amigos), acabar con la utilización de la droga implicaría acabar con la capa de protección con la que cubren su disforia (Beck et. al, 1999).

Otro grupo de creencias se encuentra en torno a la imposibilidad de controlar el craving, lo que en última instancia culminaría con el formato de profecía autocumplida.

Beck et. al. (1999) plantea que existen una serie de creencias características de las adicciones, las mismas no son consideradas como causales o predisponentes para la adicción, sin embargo, contribuyen a mantenerla y proporcionan el trasfondo para la recaída. Beck (1999) en su libro *Terapia Cognitiva de las Adicciones* observa que las creencias adictivas conforman un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda del placer, resolución de problemas, alivio, y escape. Las características específicas varían en función de las sustancias. Entre las ideas disfuncionales están:

a) la idea de que uno necesita la sustancia para mantener el equilibrio psicológico y emocional;

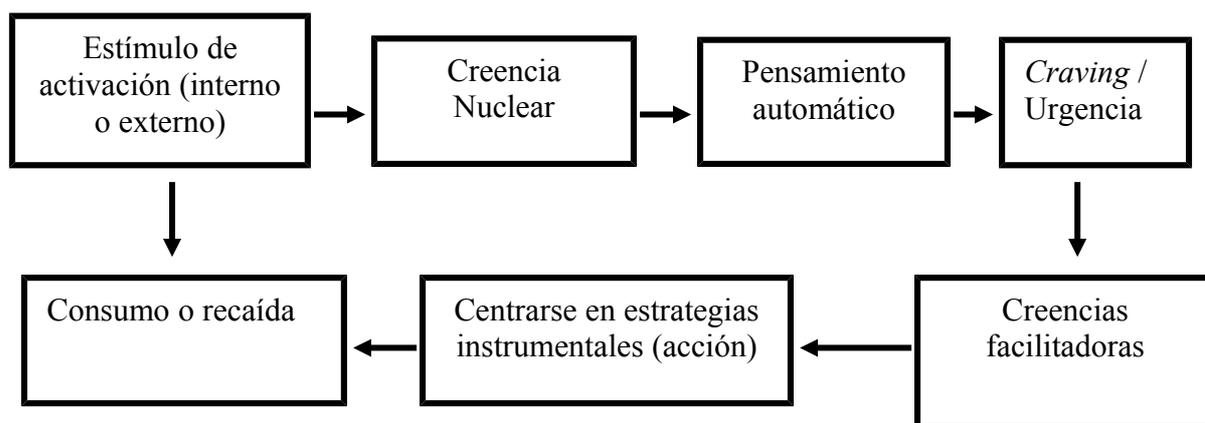
b) la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual

c) la creencia de que producirá placer y excitación utilizándola;

d) la creencia de que la droga energetizará al individuo y le dará más fuerza y poder, y calmará el dolor; aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la depresión.

e) la convicción de que ésta empeorará indefinidamente a menos de que se haga algo para satisfacer el craving o para neutralizar la angustia,

El sujeto avanza desde una creencia (como por ejemplo indefensión o indeseabilidad) o una perspectiva negativa del ambiente o del futuro, hacia los sentimientos de disgusto (como la disforia). Entonces una persona con vulnerabilidad a la adicción sufrirá un craving.



**Figura 1. Modelo cognitivo del abuso de sustancias (Beck et. al, 1999).**

Como se observa en la figura anterior, el craving no es producido directamente por la situación estímulo, sino que la situación estímulo produce la activación de Creencias nucleares relacionada con la droga y los pensamientos automáticos derivados de esta creencia. Esta secuencia es tan rápida que se puede considerar como un estímulo condicionado. La situación estímulo son aquellas que –a pesar de ser neutras en sí mismas- presentan una alta probabilidad de iniciar un proceso de craving-consumo, su efecto es diferente en cada persona e incluso en la misma persona a lo largo del tiempo. El sujeto adicto está dirigido por las creencias, estas poseen el código que añade significado a la situación.

Cuando la persona experimenta craving se produce un bloqueo cognitivo en el cual el sujeto no puede atender a la información incongruente a cerca de los efectos negativos a largo plazo que producen las drogas.

#### **1.4.5.1.- Modalidad Terapéutica cognitiva de las adicciones**

Existe una gran variedad de tratamientos para la drogadependencia: programas en etapas, educación, psicoterapia, terapia familiar, grupos de apoyo y farmacología. En general los tratamientos actuales son bastante eclécticos, y todos tienen su parte de eficacia. La terapia cognitiva, además aporta su énfasis en: la identificación y modificación de creencias que aumentan el craving o deseo irrefrenable de consumir mediante la identificación y la refutación de creencias subyacentes; la mejoría de los estados de afecto negativo que culminan en el uso de sustancias; enseñar a los pacientes a aplicar una gama de habilidades y técnicas cognitivas y no solamente la voluntad; ayuda a los pacientes a ir más allá de la abstinencia, reduciendo la presión y aumentando el control, pudiendo hacer cambios importantes en la forma en que se perciben a si mismos, su vida y su futuro, conduciéndolos a un estilo de vida nuevo (Beck et. al, 1999).

El terapeuta cognitivo examina la secuencia de acontecimientos que llevan al abuso de la droga y explora las creencias básicas del individuo acerca del valor que tienen las drogas. Se entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. Luego se buscan formas más satisfactorias de enfrentar los problemas reales y los sentimientos desagradables sin recurrir a las drogas. En el transcurso se trabaja la baja tolerancia a la frustración y la baja asertividad, las cuales son rasgos característicos de gran parte de este grupo. En síntesis, se intenta enseñar al paciente que la adicción es un problema técnico para el que existe una solución concreta.

Una de las situaciones más comunes sucede cuando un sujeto en recuperación reacciona con un impulso irrefrenable de consumo ante situaciones de alto riesgo. La explicación a ello es que sus creencias no han sido modificadas sustancialmente, pueden haber adquirido un grupo de estrategias de control, pero no han modificado las actitudes que alimentan el craving. En consecuencia, en situaciones de riesgo, sus controles se debilitan y se incrementa el impulso. Los intentos del paciente por autocontrolarse son minados por los pensamientos de permisividad, procedentes de las creencias (Beck et. al., 1999).

A continuación, se desarrollará la concepción que la Terapia de Esquemas posee sobre las adicciones y su tratamiento.

#### **1.4.5.2.- Terapia centrada en esquemas y adicciones**

La Terapia de Esquemas pone mayor énfasis al trastorno de personalidad asociado a la adicción y a su origen en la infancia, a los aspectos emocionales y relacionales de los mismos, trabajando con la complejidad de esta interacción.

La terapia centrada en esquemas de Young intenta trabajar con el enfoque dual, en el cual se realiza un diagnóstico en el que se incluye una evaluación de los Esquemas Tempranos Desadaptativos y trastornos de personalidad presentados por un sujeto con dependencia de sustancias (Schema Therapy Institute, 2004).

Una vez realizada la evaluación, y establecida una relación empática, el terapeuta se enfoca en el trabajo de cambio de Esquemas Tempranos Desadaptativos, estilos de afrontamiento, que remarcan ambos: los problemas de adicción y la personalidad. El caso conceptualizado guía el desarrollo de un set de estrategias para cada esquema: Cognitivas, experiencial, conductuales y relacionales (Young & Ball, 2000).

El enfoque dual de terapia de esquemas trabaja en sesión con la identificación de problemas actuales y de patrones; con una educación en los esquemas y búsqueda de sus inicios tempranos, con la evidencia a favor y en contra de los esquemas, y con la confrontación de estos con la evidencia. Una segunda parte de este tratamiento consiste en el enfoque la prevención de recaída (Young & Ball, 2000).

#### **1.4.6.- Trastornos psíquicos y de personalidad en las adicciones**

A lo largo del tiempo algunas investigaciones intentaron demostrar la existencia de “personalidad adictiva” predisponente, aunque esta teoría se ha abandonado últimamente, ya que se ha visto que esto no se ajusta a la realidad.

El diagnóstico dual o doble consiste en la existencia del diagnóstico por adicción y la comorbilidad con otro síndrome (Eje I) como la depresión, o un trastorno de personalidad (Eje II), o bien, una combinación de ambos. Las conductas de las personas

con ambos trastornos suelen tener un hilo conductor que las une (Kaplan & Sadock, 1999).

En la observación realizada durante la práctica profesional y en la literatura existente se hace referencia a la alta prevalencia de Trastornos de la Personalidad (TP) entre toxicómanos, en diversos estudios relevados se muestra una prevalencia que va desde el 39.9% hasta el 91%. También algunos estudios indican que es frecuente encontrar la asociación de varios TP en un mismo toxicómano. Pero sí hay estudios que explican varias vías causales o evolutivas, desde los TP hacia las adicciones, que son: la vía de la desinhibición del comportamiento (comorbilidad con TP antisocial y límite), la vía de la reducción del estrés (TP por evitación, por dependencia, esquizotípico y límite), y la vía de la sensibilidad a la recompensa (TP histriónico y narcisista) (Cos, 2005).

Algunos estudios observados han constatado que aproximadamente el 37% de los individuos con abuso, sufren trastornos mentales del Eje I del manual diagnóstico DSM IV. La combinación de consumo de drogas y patología mental, lo que se llama patología dual, hace que entre estas personas se den más urgencias médicas y psiquiátricas y más conflictividad social y legal.

Tanto la terapia cognitiva como la Terapia de Esquemas se enfocan en este aspecto, cuando encuentra la coexistencia de un trastorno psiquiátrico con el abuso de drogas, el terapeuta se concentra simultáneamente en el abuso de sustancias y los síntomas del síndrome psiquiátrico, así como en otros factores propios de esta interacción.

#### **1.4.7.- Terapia centrada en esquemas, Esquemas Tempranos Desadaptativos, Trastornos de personalidad y adicciones.**

##### **1.4.7.1.- Estudios previos sobre adicciones y Esquemas Tempranos Desadaptativos**

Si bien existe formulación teórica sobre Esquemas Tempranos Desadaptativos y adicciones, cabe destacar que no hay casi estudios empíricos sobre los mismos. La mayoría de los estudios existentes al respecto están enfocados sobre trastornos de

alimentación. Existen solamente tres estudios realizados en adicciones, ninguno de ellos en Argentina.

En un estudio realizado por Young & Ball (2000) se utilizó el *enfoque dual de la terapia de esquemas* para desordenes de la personalidad y dependencia de sustancias mediante un estudio de caso, con el objeto de revisar la teoría y la técnica de un manual – guía de 24 semanas que consiste en psicoterapia individual para sujetos con este diagnóstico. Se tomaron tres pacientes de una muestra de 10 (uno de cada cluster A, B y C, del DSM IV, eje II) con quienes se trabajó de acuerdo al Manual -el mismo se encontraba en la fase de prueba piloto-.

De los tres casos trabajados con la terapia de esquemas de enfoque dual dos de ellos mostraron una reducción en los síntomas psiquiátricos durante el tratamiento, y los tres lograron una disminución o abstinencia de consumo (Young & Ball, 2000).

Ball & Cecero, (2001) en un estudio realizado en 41 pacientes tratados con metadona, evaluaron la asociación de la severidad de desordenes de personalidad (antisocial, limite, evitativo o trastorno de personalidad depresivo), con rasgos de personalidad, Esquemas Tempranos Desadaptativos, y problemas psicológicos.

En sus resultados encontraron la siguiente relación entre desorden de personalidad y Esquemas Tempranos Desadaptativos:

- Trastorno de personalidad antisocial: se encontraba asociado a los esquemas: Desconfianza / abuso, Vulnerabilidad al peligro y a la enfermedad (eventos fortuitos), e Inhibición emocional
- Trastorno borderline: presentaba una alta correlación con: Abandono/ Inestabilidad; y Desconfianza / Abuso.
- El trastorno evitativo: se hallaba asociado a Subyugación
- El trastorno de personalidad depresivo se encontraba relacionado a una serie: Desconfianza / abuso; Aislamiento social / Alienación social; Imperfección/ Vergüenza, Fracaso y Subyugación (Ball & Cecero, 2001).

En una investigación publicada por Brotchie, Meyer, Copello, Kidney & Waller, (2004) se compararon los niveles Esquemas Tempranos Desadaptativos en una población de sujetos (hombres y mujeres) con trastorno por abuso y dependencia de opiáceos y alcohol. Se utilizó la versión corta del cuestionario YSQ-S de Young (1995). Se aplicó el cuestionario en tres grupos: uno con abuso/dependencia de alcohol, uno con abuso/dependencia de opiáceos, un grupo combinado con abuso/dependencia de ambas

sustancias, y un grupo no clínico de comparación. Los tres grupos clínicos completaron el cuestionario antes de iniciar un tratamiento.

En general, los tres grupos clínicos poseían Esquemas Tempranos Desadaptativos menos saludables que el grupo de comparación. Se hallaron diferencias significativas entre los grupos clínicos en solo tres escalas. El grupo con diagnóstico combinado (alcohol y opiáceos abuso/dependencia) obtuvo altos niveles en el esquema Inhibición emocional. Ambos grupos consumidores de alcohol (el de abuso/dependencia de alcohol y el combinado –alcohol y opiáceos-) obtuvieron altos niveles en los Esquemas Tempranos Desadaptativos Subyugación y Vulnerabilidad al peligro y enfermedades. Estas tres escalas resultaron con mayores puntuaciones (más patológicas) que en el grupo de abuso/dependencia de opiáceos único.

## **2.- Desarrollo**

### **2.1.- Método**

#### **2.1.1.- Tipo de estudio**

El tipo de estudio es Descriptivo. Y el tipo de diseño es No experimental – Transeccional descriptivo.

#### **2.1.2. - Muestra**

##### **2.1.2.1.- Grupo clínico: Características**

El grupo clínico estuvo compuesto por 28 pacientes varones bajo tratamiento por trastorno por dependencia de sustancias en el Programa Andrés, de edad promedio 26.68 años (d.s. 7.98). La edad media de inicio en el consumo era a los 15 años (d.s. 2.97).

El promedio de tiempo que llevaron de consumo es muy variable, 122.71 meses (algo más de 10 años) (d.s 84.06, aprox. 7 años). Las sustancias de consumo en general son las utilizadas en nuestro país (marihuana, cocaína, y pasta base, en Argentina es conocida como paco); según lo observado en las historias clínicas, en la mayoría de los casos la droga de inicio es el alcohol. La mayoría eran consumidores de sustancias múltiples, en general, alcohol y otra droga.

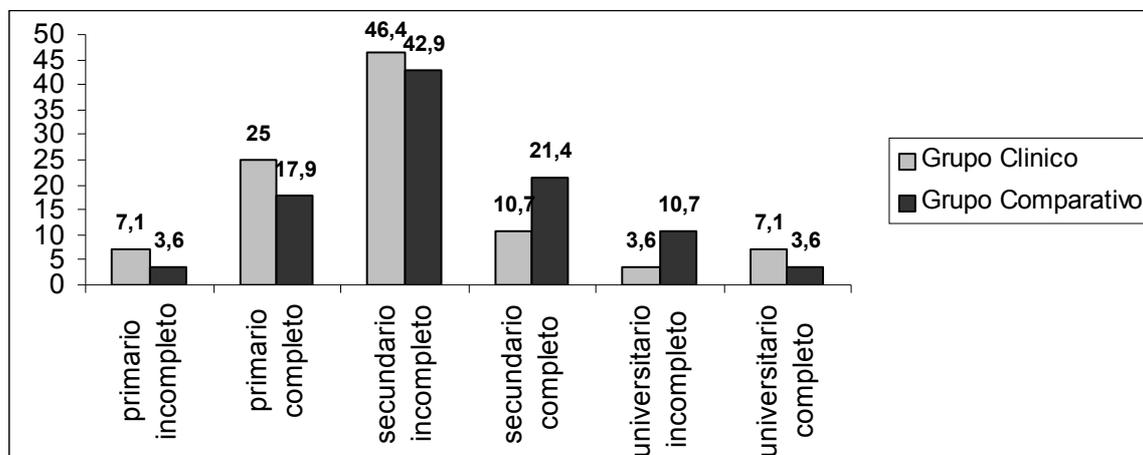
El tiempo de tratamiento (media: 8.11meses, D.s 6.89), en general es similar al tiempo de abstinencia (media: 8.89 meses, d.s: 8.25), ya que la abstinencia resulta un requisito para permanecer en Programa Andrés. Dentro del mismo no tienen acceso a sustancias y el consumo tiene como consecuencia la expulsión.

##### **2.1.2.2.- Grupo de comparación: características**

El grupo de comparación estuvo compuesto por 28 sujetos varones con un promedio de edad de 28.54 años (d.s 10.38). Todos ellos eran referidos y voluntarios.

Se intentó que la cantidad de sujetos voluntarios posean edades y nivel de estudios similares en cantidades similares para poder reunir una muestra que sea equivalente en el mayor grado posible al grupo clínico.

En el siguiente gráfico se observan los niveles de estudios alcanzados por ambos grupos.



**Tabla 1: Comparación del nivel de estudios alcanzados por ambos grupos**

Se realizó la prueba t de diferencia de medias para comparar las edades de ambas muestras, los resultados muestran diferencia de edad no significativa entre ambos grupos ( $t=0.75$ ,  $gl=54$ ,  $p=0.46$ ).

### 2.1.3.- Instrumento

Se utilizó como instrumento el cuestionario de esquemas (Young Schema Questionnaire) desarrollado por Young (1995), que consiste - en su versión breve - en una escala de tipo likert con 75 ítems, que evalúa 15 Esquemas Tempranos Desadaptativos, los mismos son:

- Abandono / Inestabilidad:
- Desconfianza / Abuso
- Privación emocional
- Imperfección/ Vergüenza
- Aislamiento social / Alienación
- Dependencia / Incompetencia
- Vulnerabilidad al peligro y a la enfermedad (eventos fortuitos)
- Apego / Yo Inmaduro

- Fracaso
- Grandiosidad / Autorización
- Autocontrol Insuficiente / Disciplina
- Subyugación
- Autosacrificio
- Inhibición Emocional
- Metas inalcanzables / Hipercriticismo

Las posibles respuestas se ubican en una jerarquía que va de 1 a 6, donde 1 significa es “completamente falso para mí” y 6 significa “me describe perfectamente”. Se suman las puntuaciones de los ítems de cada escala, en donde las puntuaciones más cercanas a 6 responden a esquemas más desadaptativos o menos saludables, y las puntuaciones más cercanas a 1 resultarían valores más saludables.

Con respecto a la confiabilidad y validez del instrumento, estudios de validación del instrumento en español mostraron que el Schema Questionnaire replica la estructura factorial original y posee adecuados niveles de consistencia interna (Calvete, Estevez, Lopez-de-Arroyabe, & Ruiz, 2005). Por otro lado, no se hallaron estudios de validación realizados con población argentina.

#### **2.1.4.- Hipótesis de trabajo**

La hipótesis general del presente trabajo concibe que existen diferencias en los Esquemas Tempranos Desadaptativos entre hombres con trastorno por dependencia de sustancias y hombres sin el mismo.

Por otro lado, también se observaría mayor severidad en los Esquemas Tempranos Desadaptativos específicos de las adicciones. Basados en la observación de los grupos durante la pasantía, la revisión de la literatura sobre el tema y los estudios previos, se encontraría mayor gravedad en Esquemas Tempranos Desadaptativos como:

- Desconfianza/ Abuso
- Dependencia/ Incompetencia
- Imperfección /Vergüenza
- Aislamiento social/ Alienación
- Apego/ Yo Inmaduro

- Inhibición Emocional
- Autocontrol Insuficiente / Disciplina

Existirían diferencias en los Esquemas Tempranos Desadaptativos en personas con diferentes tiempos de consumo, y diferentes tiempos de abstinencia. Se observaría una relación negativa entre la severidad de los Esquemas Tempranos Desadaptativos y abstinencia, y una relación positiva entre severidad de los Esquemas Tempranos Desadaptativos y tiempo de consumo.

### **2.1.5.- Procedimiento**

Los protocolos fueron distribuidos a pacientes en tratamiento por adicciones en el “Programa Andrés” en tres grupos: En primer lugar se administró el cuestionario a los 17 pacientes que se encontraban bajo modalidad de internación. En segundo lugar a los pacientes bajo tratamiento ambulatorio de fase A, formado por 4 sujetos. Y en tercer lugar se administró a los sujetos en etapa Residencial que significa que continúan en internación pero con salidas laborales y fines de semana, este grupo estuvo compuesto por 7 sujetos. Las administraciones de los protocolos se realizaron dentro del marco de sus respectivos grupos terapéuticos.

En el Programa Andrés se encontraban presentes un miembro del staff de la institución y la pasante de la UP mientras los sujetos respondían los cuestionarios, para aclarar las dudas necesarias.

En el caso del grupo de comparación se entregaron los protocolos a cada sujeto voluntario y se retiraron una vez completados los mismos.

A todos se les explicó que el cuestionario era para un estudio de investigación, que las respuestas eran anónimas, y que no había respuestas correctas e incorrectas.

Los cuestionarios fueron autoadministrados por los sujetos de ambos grupos. Las respuestas fueron completadas de forma individual.

Debe aclararse que se observó cierta dificultad en la comprensión de los enunciados del cuestionario en el grupo clínico. Durante la toma hubo muchas dudas y cuestionamientos, sobre todo en el subgrupo más grande donde había un menor nivel de educación, esto podría haber afectado a los resultados. También se observaron diferentes grados de predisposición, desde la desconfianza y la susceptibilidad hasta la alta

motivación y compromiso. Para futuras administraciones del mismo protocolo, se recomienda realizarlo en grupos más pequeños y de forma más personalizada ayudando a la comprensión de los enunciados. También se recomienda una revisión de la adaptación del cuestionario, ya que efectivamente existen frases que pueden resultar confusas produciendo un aumento de la posibilidad de error en los resultados.

#### **2.1.6.- Análisis de datos**

Las respuestas fueron transcritas a una base de datos. Se analizaron los datos utilizando el programa SPSS. A fin de comparar las respuestas de hombres con trastorno por dependencias de sustancias y hombres sin el mismo, se relevaron los datos pertinentes, se obtuvieron las estadísticas descriptivas y se aplicaron las pruebas t, una para cada Esquema Temprano Desadaptativo.

Se realizó el análisis discriminante a fin de comparar las diferencias en los Esquemas Tempranos Desadaptativos entre ambos grupos.

Se efectuaron también estudios de correlación entre los distintos Esquemas Tempranos Desadaptativos y:

- La duración del tratamiento
- El tiempo de abstinencia.
- El tiempo de consumo

### 3.- Resultados

#### 3.1.- Comparación de los Esquemas Tempranos Destadaptativos entre los grupos

Se realizó la prueba t de diferencia de medias para cada una de las escalas de los Esquemas Tempranos Destadaptativos. La puntuación media del grupo clínico fue mayor que el grupo de comparación en todos los esquemas, se encontraron diferencias significativas en casi todos los esquemas a excepción de dos de ellos: *Inhibición Emocional* ( $t = 1.25$ ,  $gl = 54$ ,  $p = 0.22$ ) y *Autosacrificio* ( $t = 1.32$ ,  $gl = 54$ ,  $p = 0.19$ ) (Sampieri, Collado, & Lucio, 1998).

Los resultados de la muestra del presente trabajo mostrarían que en general el sujeto drogadependiente posee Esquemas Tempranos Destadaptativos más severos que el sujeto sin el mismo diagnóstico. Para decirlo de otro modo, los resultados podrían traducirse diciendo que en lo que se refiere a las creencias y emociones del sujeto adicto, en general presenta las siguientes características diferenciales con respecto al sujeto no-clínico:

- ❖ En general siente que ha recibido menor contención y sostén emocional del necesario (Esquemas: Privación Emocional, Abandono / Inestabilidad)
- ❖ Ha desarrollado una mayor desconfianza hacia el entorno y hacia los demás. (Escala: Desconfianza / Abuso)
- ❖ Es más dependiente en el desarrollo de su autosuficiencia y en las tareas habituales de auto sostén (Escala: Dependencia / Incompetencia,)
- ❖ Tiene mayores sentimientos de imperfección o la sensación de tener mayores defectos que los demás. (Esquema: Imperfección / Vergüenza)
- ❖ Piensa o siente que se someten a las decisiones de los otros. (Escala: Subyugación)
- ❖ Posee niveles de autoexigencia más elevados, y en general es más pesimista (Escala: Parámetros Infalibles)
- ❖ Se siente más vulnerable, y menos eficaz ante los desafíos. (Esquema: Vulnerabilidad al peligro y la enfermedad, Fracaso)

- ❖ Tiene una menor independencia de los padres y del entorno. (Esquema: Apego / Yo Inmaduro)
- ❖ En lo social se sienten más bien solos y aislados de los demás. (Esquema: Aislamiento Social)
- ❖ Sienten que no pueden controlar su propia conducta y respetar las normas. (Esquema: Aislamiento Social / Alienación; Autocontrol Insuficiente / Disciplina)

	Grupo				prueba t	
	Clínico		Comparativo		T	P
	media	Desvío std.	media	Desvío std.		
Edad Actual	26,68	7,98	28,54	10,38	-0,75	0,46
Privación Emocional Abandono /	16,25	6,24	10,79	4,86	3,65	0,00
Inestabilidad	20,54	6,31	11,04	6,21	5,67	0,00
Desconfianza / Abuso Dependencia /	17,07	6,29	12,82	6,4	2,50	0,01
Incompetencia	17,36	5,38	11,18	4,79	4,54	0,00
Imperfección	13,57	4,5	9,71	3,71	3,50	0,00
Parámetros infalibles	21,75	4,11	18,89	4,48	2,49	0,02
Autosacrificio Vulnerabilidad al peligro y a la enfermedad:	16,43	5,31	14,64	4,73	1,33	0,19
Apego / Yo Inmaduro	15,86	4,7	9,93	4,03	5,07	0,00
Fracaso	13,11	5,27	9,71	5,37	2,39	0,02
Inhibición emocional	15	6,43	13	5,5	1,25	0,22
Autocontrol Insuficiente /						
Disciplina	20,21	5,41	16,86	5,02	2,41	0,02
Aislamiento social /						
Alienación social	15,21	6,09	11,36	5,56	2,48	0,02
Grandiosidad /						
Autorización	16,75	4,23	13,71	4,03	2,75	0,01
Subyugación	15,18	5,46	10,68	4,41	3,39	0,00

**Tabla 2: Prueba t de diferencia de medias entre Grupo clínico y grupo de comparación**

### 3.2.-Análisis Discriminante:

Con la finalidad de establecer cuales de los Esquemas Tempranos Desadaptativos discriminaban mejor entre ambos grupos (un grupo con diagnóstico de trastorno por abuso/dependencia de sustancias y el grupo comparativo) se realizó un análisis discriminante.

Dado el tamaño pequeño de la muestra las variables independientes seleccionadas para el análisis discriminante fueron: Dependencia; Abandono/ Inestabilidad; Privación Emocional; Apego/ Yo Inmaduro; Grandiosidad / Autorización; y Subyugación. Posteriormente se verificó el análisis discriminante con los 13 esquemas que señalaron diferencias en la prueba t., y los resultados fueron los mismos.

Se obtuvo una función discriminante ( $\lambda$  de Wilks = - .56;  $gl = 2$ ;  $p = .00$ ).

Los Esquemas Tempranos Desadaptativos que resultaron con mayor valor en el análisis discriminante fueron Abandono / Inestabilidad ( $r$  con la función = 0.87) Apego/Yo Inmaduro ( $r$  con la función = 0,77).

Si bien, la prueba t muestra una diferencia en la puntuación de la mayoría de los esquemas, el análisis discriminante indicaría que existen dos Esquemas Tempranos Desadaptativos que se diferencian más claramente entre ambos grupos. Esto implicaría que los sujetos con adicciones en general sentirían que las personas significativas no podrían dar soporte emocional atribuyendo esto a que son emocionalmente inestables, a que se morirán o a que los abandonarán (Young, 1997). Emocionalmente se encuentran excesivamente implicados con una o más personas significativas, con la creencia de que no puede sobrevivir o ser feliz sin el soporte constante de este. Esto se produce en detrimento de su individualización y su desarrollo social normal. También se incluirían sentimientos de fusión con los demás o de insuficiente identidad individual.

### **3.3.-Correlación de Pearson:**

Con el objeto de observar si existía una relación observable entre la severidad de los Esquemas Tempranos Desadaptativos y el tiempo de consumo, el tiempo de abstinencia y el tiempo de tratamiento, se realizó una correlación entre dichas variables en el grupo clínico.

El tiempo de tratamiento y el tiempo de abstinencia presentan una correlación significativa ( $r = 0.83$ ;  $p = 0.00$ ), debido a que como se indicó anteriormente, la abstinencia es un requisito para poder permanecer en este tratamiento. Pero a su vez, esta última no presenta correlación significativa alguna con ningún Esquema Temprano Desadaptativo.

Se observa una correlación significativa entre el tiempo de tratamiento y la escala Autosacrificio ( $r = 0.41$ ,  $p = 0.03$ ), lo mismo ocurre con la correlación entre el tiempo de consumo e Inhibición Emocional ( $r = 0.45$ ,  $p = 0.02$ ). Esto podría estar

reflejando un signo que podría ser resultado de la modalidad de tratamiento de la comunidad terapéutica, siendo parte de los objetivos de la misma tolerar la abstinencia, tener horarios estructurados, tareas organizadas durante todo el día, reglas que no permiten desvío, en síntesis, posponer la satisfacción inmediata en pos de una recuperación y una vida saludable.

La escala de Inhibición Emocional presenta una significativa correlación con la edad actual ( $r = 0.39$ ,  $p = 0.04$ ) y la edad de inicio en el consumo ( $r = 0.40$ ,  $p = 0.04$ ).

La edad de Inicio en el consumo también muestra una correlación significativa con la escala Sometimiento ( $r = 0.45$ ,  $p = 0.01$ ).

Se observa una correlación negativa entre la edad actual y la escala Incompetencia ( $r = -0.28$   $p = 0.03$ )

	Edad de inicio en el consumo	Edad Actual	Tiempo de abstinencia	Tiempo de tratamiento	Tiempo de consumo
Tiempo de Tratamiento			0.83		
Sometimiento	0.45				
Incompetencia		- 0.28			
Autosacrificio				0.41	
Inhibición emocional	0.40	0.39			0.45

**Tabla 3: Correlaciones significativas entre edad actual, edad de inicio en el consumo, Tiempo de tratamiento y tiempo de abstinencia**

En la tabla anterior se observa cómo la variable *tiempo*, (tanto en el consumo como en la abstinencia) se relaciona con los Esquemas Tempranos Desadaptativos con resultados significativos. Los datos a rescatar podrían ser que por un lado el tiempo de tratamiento posee una correlación positiva con el esquema Autosacrificio, lo cual se explicaría por sacrificar la propia gratificación en pos de evitar el egoísmo y prevenir

causar dolor a los otros. Como se dijo recientemente, esto podría ser producto de la enseñanza de la modalidad de Comunidad Terapéutica.

Por otro lado, se observa en la tabla que el tiempo de consumo posee una correlación con la escala de Inhibición emocional, lo cual se caracteriza por la inhibición de la comunicación con los demás, de los impulsos positivos, como alegría, juego, afecto, excitación sexual, y de la capacidad para expresar vulnerabilidad o comunicar los sentimientos o necesidades.

#### 4.- Discusión

Habiendo relevado los datos bibliográficos y empíricos, se compararon los resultados con la hipótesis de trabajo, y se arriba a las siguientes conclusiones:

En los resultados observados se confirma la hipótesis de que existen en general esquemas desadaptativos más severos en la muestra con trastorno por dependencia de sustancias que en el grupo de comparación. A excepción de dos esquemas: Inhibición Emocional y Autosacrificio, todas las escalas indican una diferencia superior en el grupo clínico.

Como se explica en la tabla 4, de los Esquemas Tempranos Desadaptativos propuestos en la hipótesis de trabajo que mostrarían mayor severidad con respecto al grupo de comparación, se confirman todos, excepto el de Inhibición Emocional (los confirmados serían: Desconfianza / Abuso, Dependencia / Incompetencia, Imperfección / Vergüenza, Apego / Yo Inmaduro, Autocontrol Insuficiente / Disciplina y Aislamiento Social / Alienación Social) En cambio, se agregan a la lista de esquemas que resultan más patológicos en el grupo de comparación y que no han sido propuestos en la hipótesis: Privación Emocional, Abandono / Inestabilidad, Parámetros infalibles, Vulnerabilidad al peligro y a la Enfermedad, Grandiosidad / Autorización y Subyugación.

La escala Inhibición emocional fue la única escala que a pesar de haber sido propuesta en la hipótesis no mostró mayor diferencia entre los grupos en los resultados.

La Escala Autosacrificio, fue el esquema que no fue propuesto como diferencial en la hipótesis, y no mostró diferencias en los resultados.

También se observa en los resultados que la mayor diferencia entre ambos grupos se observa en las escalas Abandono / Inestabilidad, y Apego / Yo Inmaduro. En los sujetos del grupo clínico ésta diferenciación se manifiesta mediante una mayor sensación de la falta o insuficiencia de sostén emocional por parte del entorno más cercano, y por un mayor aferramiento a personas emocionalmente significativas que en los sujetos del grupo de comparación

	Esquemas Propuestos en la hipótesis	Esquemas no Propuestos en La hipótesis
<b>Esquemas diferenciados en los resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desconfianza/ Abuso</b></li> <li>• <b>Dependencia/ Incompetencia</b></li> <li>• <b>Imperfección /Vergüenza</b></li> <li>• <b>Aislamiento social/ Alienación</b></li> <li>• <b>Apego/ Yo Inmaduro</b></li> <li>• <b>Autocontrol Insuficiente / Disciplina</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privación Emocional</li> <li>• Abandono / Inestabilidad</li> <li>• Parámetros Infalibles</li> <li>• Vulnerabilidad al peligro y la enfermedad</li> <li>• Grandiosidad</li> <li>• Autorización</li> <li>• Subyugación</li> </ul>
<b>Esquemas sin diferencia en los resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibición Emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosacrificio</li> </ul>

**Tabla 4: Comparación de los resultados obtenidos con la hipótesis planteada.**

Por otro lado, se tomó como referencia la dimensión de tiempo, para observar la relación con los diferentes esquemas. Las diferentes dimensiones de tiempo que se tomaron en el presente trabajo fueron: Edad de inicio en el consumo, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento y tiempo de abstinencia. Se encontró una correlación significativa entre Inhibición Emocional con el tiempo de consumo, esto significa, que a pesar de no estar comprobada una relación causal entre ambos, cuanto mayor es el tiempo de consumo, más severo se vuelve el Esquema Temprano Desadaptativo, engendrándose una mayor dificultad para comunicarse con los otros, para reconocer y manifestar sentimientos, y para relacionarse. Apoyando este resultado, también se observa que la escala de Inhibición emocional presenta una correlación positiva con la edad de inicio en el consumo y con la edad actual.

Con respecto a la comparación de la severidad de las creencias con el tiempo de consumo y el tiempo de abstinencia, también se verifica una correlación positiva elevada entre el Esquema Autosacrificio y el tiempo de tratamiento. Lo mismo podría considerarse una consecuencia del tratamiento, ya que el objetivo del mismo es

reinsertarse socialmente y se enfoca en la consideración por los otros, a veces en detrimento de las propias necesidades y produciendo un aumento de la escala mencionada.

Por otro lado, no se hallaron correlaciones significativas con el tiempo de abstinencia a pesar de ser muy similar al tiempo de tratamiento.

Los dos esquemas relacionados con las dimensiones de la variable tiempo, (tiempo de consumo y tiempo de tratamiento con Inhibición Emocional y Autosacrificio) son los mismos dos esquemas que no mostraron mayor severidad en la comparación con el grupo no- clínico.

Con respecto a los estudios previos que se han mencionado en la revisión bibliográfica, en la investigación publicada por Brotchie et. al. (2004), se hallaron en el grupo clínico Esquemas Tempranos Desadaptativos con mayor severidad que en el grupo de comparación, coincidiendo esto con los resultados del presente estudio. Brotchie et. al. encontraron diferencias más significativas en tres Escalas: Inhibición Emocional, Subyugación y Vulnerabilidad al peligro y enfermedades. En el presente estudio, si bien se encontraron diferencias significativas en estas dos últimas escalas (Subyugación y Vulnerabilidad al peligro y enfermedades) las diferencias más significativas se encontraron en Abandono / Privación Emocional, y en Apego / Yo Inmaduro. Se Debe destacar que la muestra de la investigación realizada por Brotchie et, al. estaba formada por grupos mixtos (hombres y mujeres) adictos a diferentes sustancias formando grupos por la sustancia de consumo (opiáceos, alcohol, y ambos), y por otro lado, se utilizó un procedimiento diferente de análisis.

Entre las limitaciones del presente estudio se debe tener en cuenta que:

- Los sujetos evaluados ya se encuentran bajo tratamiento psicoterapéutico y en abstinencia de sustancias, lo que podría también influir en los resultados de manera que ya algunos Esquemas hayan comenzado a modificarse, aunque no se hayan tratado de forma deliberada o intencional durante la psicoterapia.
- Un nivel de estudios muy bajo podría afectar a las respuestas debido a una falta comprensión de los enunciados.

- El tamaño reducido de la muestra dificulta un procedimiento de análisis más elaborado.
- Respecto del instrumento, dado que los datos de confiabilidad y validez que se conocen corresponden a población española, sería conveniente contar con un estudio de validación en Argentina.

Con respecto a la implicaciones prácticas del presente estudio, en el mundo existe numerosas investigaciones con respecto al problema de la drogadependencia, sin embargo, en la práctica los porcentajes de eficacia de los diferente tratamientos llegan al 8% de recuperación en los mejores casos.

La terapia de esquemas se encuentra en la actualidad desarrollando un manual o guía basado en la evaluación de Esquemas Tempranos Desadaptativos y trastornos de personalidad, trabajando con el diagnóstico dual e incluyendo la capacitación de profesionales para aplicarlo en este terreno. En Argentina no hay una cultura de utilización de herramientas para medir y cuantificar, tanto un diagnóstico como un tratamiento psicoterapéutico para las adicciones, y prácticamente no hay estudios sistemáticos realizados en los mismos tratamientos. Sería de utilidad el estudio longitudinal de los resultados que se obtienen a medida que transcurre el mismo, sobre todo, sería importante una evaluación al inicio del tratamiento antes de cualquier intervención, y posteriormente para observar las variaciones que se producen como resultado.

A pesar de que en el presente estudio no se realiza un enfoque en la práctica para el tratamiento de la drogadependencia, utilizar este modelo, podría contribuir aplicar un procedimiento más estructurado con herramientas para la evaluación y medición del progreso a lo largo del mismo.

Si bien en los tiempos actuales hay una tendencia que indica que el mejor camino va orientado hacia un tratamiento integrador que acumule el esfuerzo de todas las ciencias y disciplinas involucradas para trabajar con las diferentes áreas del problema (biológico, orgánico, psicológico, familiar, sociológico, económico, y hasta político), en realidad un tratamiento que lleve a la recuperación pareciera todavía algo bastante lejano. A pesar de ello, este trabajo intenta aportar su granito de arena...

### - Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (1994). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Washington D. C. Masson, S. A.
- Ball, S. A; Cecero J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15, 72-83.
- Beck, A. T; Clark D. A. (1997). “El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva”. En: Caro, I. *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidos Iberica S. A.
- Beck, A. T; Freeman, A; y otros. (1992). Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. Barcelona. Paidos Iberica S. A.
- Beck, A. T; Wright. F. D; Newman, C. F; Liese, B.S. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona. Paidos Iberica S.A.
- Boeree; C. G. (1998). *Extracto de The Essence of Rational Emotive Behavior Therapy de Albert Ellis, Ph D*. Recuperado el 31 de octubre de 2005 de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/ellis.htm>
- Brotchie, J; Meyer, C; Copello, A; Kidney, R; Waller, G. (2004) Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 337-342.
- Calvete, E; Estevez, A; Lopez-de-Arroyabe, E; & Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire--Short Form: Structure and Relationship with Automatic Thoughts and Symptoms of Affective Disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 90-99.
- Cos, E. G. de (2005). Personalidad en adicciones. Recuperado el 18 de noviembre de 2005 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/20371/>
- Dowd, E. T. (1997). “La evolución de las psicoterapias cognitivas”. En: Caro, I. *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidos Iberica S. A.
- Ellis, A. (1997). “El estado de la cuestión en la terapia racional-emotiva –conductual”. En: Caro, I. *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidos Iberica S. A.
- Kaplan, H. I; Sadock B. J. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Medica Panamericana S.A.
- Michenbuam, D. (1997). “El Estado de la cuestión en la modificación cognitivos – conductual”. En: Caro, I. *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidos Iberica S. A.

- Ruiz Sánchez, J. J. (1998). *Psicoterapia Cognitiva, Terapia Cognitiva y T.R.E.C.* Recuperado el 03 de Noviembre de 2005 de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Cognitiva/personalidad.htm>
- Ruiz Sánchez, J. J.; Cano Sánchez, J. J. (1999). *Manual de psicoterapia cognitiva.* Recuperado el 03 de Noviembre de 2005 de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm>
- Sampieri, R. H; Collado, C. F; Lucio, P. B. (1998). *Metodología de la Investigación.* México: Mc. Graw Hill.
- Schema Therapy Institute (2004). Schema Therapy. Recuperado el 11 de enero de 2007 de <http://www.schematherapy.com/>
- Schmidt, N. B; Joiner, T. E; Jounq, J. E. & Telch, M. J. (1995). *The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas.* Cognitive Therapy and Research, 19, 295-321.
- Sedronar. (2003). El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Primer Estudio Nacional. Recuperado el 21 de noviembre de 2005 de <http://www.sedronar.gov.ar/OAD/index.htm>.
- Sedronar. *¿Qué son las drogas?* Recuperado el 19 de noviembre de 2005 de <http://www.sedronar.gov.ar/OAD/index.htm>
- Sedronar. *Plan nacional de drogas.* Recuperado el 20 de noviembre de 2006 de <http://www.sedronar.gov.ar/PlanNacionaldedrogas/PlanNacionaldedrogas.pdf>
- Young, J. (1995). *Schema Therapy, A Practitioner's guide.* New York: Guilford Publications, Inc.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.).* Sarasota, FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young J; Ball, S. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorder and substance dependence: Case study results. *Cognitive and behavioral practice* 7, 270-281. Association for advancement of behavior therapy.
- Young, J. E., & Gluhoski, V. L. (1996). Schema-focused diagnosis for personality disorders. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy.* New York, NY: The Guilford Press.

Young, J. E, & Gluboski, V. L. (1997). “El estado de la cuestión en la terapia centrada en esquemas”. En: Caro, I. *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós Iberica S. A.