

Esquemas maladaptativos tempranos presentes en adolescentes con
diagnostico dual

Juan Pablo Carvajal Guiral

Karen García Zapata

Asesor

Renato Zambrano Cruz

Psicólogo – Mg. en lingüística

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Pregrado en Psicología

Medellín

2015

Tabla de contenido

Resumen/Abstract

1. Planteamiento del problema	3
2. Justificación.....	8
3. Objetivos	9
3.1. Objetivo General	9
3.2. Objetivos Específicos	9
4. Marco teórico.....	10
4.1. Antecedentes.....	10
4.2. Referentes conceptuales	13
4.2.1. Modelo focalizado en esquemas de Young	17
5. Metodología	25
5.1 Diseño metodológico	25
5.2. Población y muestra.....	25
5.2.1. Población.....	25
5.2.2. Muestra:.....	25
5.2.3. Muestreo.....	25
5.2.4. Criterios.....	26
5.3. Técnicas e instrumentos de recolección.....	26
5.4. Operacionalización de variables	27
5.5. Consideraciones Éticas	27
5.6. Procedimiento.....	29
5.7. Plan de análisis	29
6. Resultados	30
7. Discusión	32
8. Referencias	37

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo describir los esquemas maladaptativos tempranos presentes en adolescentes con diagnóstico dual. Es una investigación transversal descriptiva con un enfoque cuantitativo dentro de un diseño no experimental en la que se aplicó el Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ-L2, validado en población colombiana) a 21 adolescentes institucionalizadas en el Hospital Mental de Antioquia, escogidas a partir de un muestreo no probabilístico por disponibilidad. Los resultados indican que los esquemas maladaptativos tempranos presentes con mayor prevalencia en la población evaluada son desconfianza/abuso, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y entrapamiento.

Palabras Clave: Esquemas maladaptativos tempranos, patología dual, adolescentes.

Abstract

The aim of the present study was to describe the early maladaptive schemata on adolescents with dual diagnosis. It is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach in a non-experimental design in which the Young Schema Questionnaire Long Form was applied - Second Edition (YSQ-L2, validated in Colombia population) to 21 adolescents institutionalized in the Hospital Mental de Antioquia, chosen from a non-probability sampling availability. The results indicate that early maladaptive schemata with the highest prevalence in the population are assessed mistrust / abuse, vulnerability to injury and illness and entrapment.

Keywords: early maladaptive schemata, dual pathology, adolescents.

1. Planteamiento del problema

Medellín es una ciudad en la que se manifiestan diversas problemáticas sociales como el desplazamiento forzado, el desempleo, la explotación laboral y sexual, la violencia intrafamiliar, el consumo y tráfico de sustancias psicoactivas y las bandas delincuenciales (Personería de Medellín, 2013); muchas de estas problemáticas involucran y afectan de manera particular a la población de niños, niñas y adolescentes que habitan la ciudad, debido a la alta vulnerabilidad que presenta el ser humano a las diferentes condiciones ambientales en estas etapas de su desarrollo, su dependencia material y afectiva y su condición de sujeto en estructuración. Según la personería de Medellín (2013), las problemáticas que impactan a los niños, niñas y adolescentes de la ciudad son la “violencia intrafamiliar, abandono transitorio, explotación laboral, explotación sexual comercial infantil y adolescencia, abuso sexual, amenazas contra la vida, vinculación a combos y bandas criminales, y son utilizados por los adultos que mendigan, para exhibirlos y así percibir mejores ganancias.” (Pág. 114)

Una de las realidades que afectan a esta población de forma significativa, es la adopción de las calles de la ciudad como hábitat principal o permanente (Personería de Medellín, 2013), tal situación se presenta debido a la inexistencia de vínculos familiares o a la existencia de vínculos inestables o inadecuados. La ausencia de recursos económicos, maltrato, abuso y explotación sexual y consumo de sustancias psicoactivas, son constantes presentes en esta problemática (Personería de Medellín, 2013), la cual, se encuentra enmarcada en una dinámica social que determina en gran medida las condiciones de los sujetos que la componen. De esta manera se evidencia la multicausalidad de este fenómeno.

Los niños, niñas y adolescentes en situación de calle presentan comúnmente problemas de adicciones (Personería de Medellín, 2013), lo que en términos de la psicopatología es denominado Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), este trastorno, en esta población, presenta frecuentemente comorbilidad con otro tipo de trastornos mentales (Torrens Mèlich, 2008), es decir, se presenta una patología dual. Ante la existencia de una patología de este tipo, no es posible determinar, a priori, cuál de los trastornos se presenta primero, la influencia del consumo de sustancias en el desarrollo del trastorno que lo acompaña o la forma en la cual este trastorno contribuye al consumo, además de los determinantes ambientales, psicológicos y biológicos que determinan la etiología, evolución y mantenimiento de ambas patologías. Sin embargo, si es posible evidenciar como tal comorbilidad contribuye de forma determinante en la aparición y mantenimiento de su condición de habitante de la calle (Herrera Spencer, 2012).

Existen diversos modelos explicativos a cerca de la etiología, curso y mantenimiento de una patología dual en adolescentes, principalmente fundamentados en la perspectiva de “modelos evolutivos de diátesis-estrés biopsicosocial” (Goti, 2014), según estos modelos, “el inicio y desarrollo de las adicciones y otros trastornos mentales comórbidos resultaría de la interacción recíproca entre factores de vulnerabilidad individual y factores ambientales a lo largo de toda la evolución ontogenética” (Sloboda et al., 2012 citado por Goti, 2014)

Goti (2014) propone cinco modelos explicativos de una patología dual que han sido planteados por diferentes autores. Un primer modelo afirma que “la psicopatología se precipita como consecuencia del efecto neurotóxico de las sustancias” (Mason et al., 2013; Bava et al., 2009; Rubino et al., 2012, citados por Goti, 2014). En una segunda propuesta,

se afirma que “el uso de sustancias ocurre como consecuencia de la psicopatología previa”, Kessler (2004) y Libby et al. (2005a) (citados en Goti, 2014) plantean que este modelo podría explicar más del 80% de los casos. En un tercer modelo se explica como “el consumo de sustancias y la psicopatología se originan a partir de factores de riesgo comunes a ambos tipos de trastornos, sean biológicos, psicológicos o sociales” (pág. 9). Por otra parte, “los modelos bidireccionales proponen que los trastornos mentales y el TUS se influyen mutuamente a lo largo de su desarrollo”. Un último modelo plantea que “ambos tipos de trastornos son independientes, pero coinciden en su manifestación por casualidad o por pura coincidencia temporal.”

Es posible observar la existencia de diversas posiciones o modelos frente a la etiología, curso y mantenimiento de una patología dual, no obstante, las teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico, condicionamiento operante o respondiente y aprendizaje social o vicario), plantean como los comportamientos de un sujeto son en gran medida el resultado de un proceso de aprendizaje, en el cual interactúan factores ambientales, temperamentales y biológicos; tal proceso tiene como consecuencias, que el sujeto aprenda a percibir el mundo y a relacionarse con este de formas particulares, a partir de supuestos que ha elaborado a lo largo de su desarrollo, y que en algunos casos pueden resultar disfuncionales en su contexto actual. La terapia cognitiva ubica en el nivel más profundo de la cognición un tipo particular de supuestos o creencias disfuncionales a los que ha denominado Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT).

Los EMT son “estructuras extremadamente estables y duraderas que se elaboran durante la infancia, se desarrollan a través de toda la vida del individuo, y son disfuncionales en grado significativo. Estos esquemas sirven como plantillas a través de las

cuales se procesara posteriormente la información”. “los esquemas maladaptativos tempranos parecen ser el resultado de la interacción entre el temperamento innato del niño con experiencias disfuncionales con los padres, hermanos, y pares durante los primeros años de vida” (Young, 1994, pág. 9)

Debido a que la población de adolescentes con diagnóstico dual ha sido poco estudiada, existen grandes vacíos teóricos que no permiten una adecuada comprensión de esta problemática, lo que dificulta el desarrollo de un plan de intervención adecuadamente fundamentado dirigido a esta población particular.

Ante el estado actual del conocimiento acerca de la patología dual en adolescentes, surgió la pregunta: ¿Cuáles son los EMT presentes en los adolescentes con diagnóstico dual?, pregunta que al ser esclarecida brinda nuevos conocimientos acerca de la naturaleza de esta patología, y por tanto la posibilidad de una fundamentación teórica más sólida y específica, permitiendo la futura implementación de planes de intervención diseñados para los adolescentes con este diagnóstico. De esta forma, y en respuesta a la realidad descrita, se ha realizado una investigación de carácter descriptivo que da cuenta de los EMT presentes en los adolescentes con diagnóstico dual, institucionalizados en el Hospital Mental de Antioquía.

2. Justificación

Este trabajo pretende la producción de nuevos conocimientos con respecto a los esquemas maladaptativos tempranos presentes en la población adolescente con diagnóstico dual, y en consecuencia, una mayor comprensión de los factores etiológicos, curso y mantenimiento de esta patología.

Existen intervenciones, que si bien tiene efectos positivos sobre esta población, no se derivan de la comprensión de la problemática particular y el consecuente diseño de una intervención dirigida específicamente a esta, sino de modelos más generales aplicados a diversas poblaciones.

“..., apenas hay programas integrados diseñados específicamente para pacientes duales adolescentes; la mayoría de los existentes consisten en adaptaciones de otros programas planteados para adultos o para tratar los TUS únicamente.” (Goti, 2014),

Los nuevos conocimientos sobre los EMT presentes en adolescentes con patología dual, abrirán la posibilidad de diseñar nuevas estrategias terapéuticas específicas para esta problemática teóricamente bien fundamentadas, las cuales, puedan hacer parte de un programa integrado de atención para adolescentes con patología dual que se aproxime en mayor medida a la atención de sus necesidades específicas.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Describir los esquemas maladaptativos tempranos de las niñas y adolescentes institucionalizadas por Diagnostico Dual en el Hospital Mental de Antioquia.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar esquemas maladaptativos tempranos de desconexión y rechazo.
- Reconocer esquemas maladaptativos tempranos de perjuicio en autonomía y desempeño.
- Describir esquemas maladaptativos tempranos de límites inadecuados.
- Identificar esquemas maladaptativos tempranos de tendencia hacia el otro.
- Reconocer esquemas maladaptativos tempranos sobrevigilancia e inhibición.

4. Marco teórico

4.1. Antecedentes

Londoño et al (2012) realizaron un estudio en Colombia en 1392 estudiantes universitarios (541 hombres y 851 mujeres), a los cuales se les aplicó el YSQ-SF con el objetivo de evaluar la estructura factorial de este test y las diferencias de género en esquemas inadaptados tempranos. “Los resultados de los análisis factoriales confirmatorios confirmaron la estructura original de 15 de los factores de primer orden, coincidentes con los 15 esquemas teóricos. En cambio, los resultados para la estructura de segundo orden fueron menos concluyentes, ya que tanto la estructura de tres factores de segundo orden como la de cinco factores mostraron índices de ajuste similares. Los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre 0.74 y 0.89. Los hombres puntuaron más alto que las mujeres en numerosos esquemas inadaptados.”

Gantiva Díaz, Angarita, & Sastoque (2009), realizan una investigación en la ciudad de Bogotá cuyo objetivo fue describir la relación entre la historia de maltrato físico en la infancia y los esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. Esta es una investigación de tipo descriptivo en la que se aplicó el Instrumento Internacional para el Tamizaje del Abuso Infantil para Adultos-Jóvenes 18-24 (IITAI) y se relacionaron sus resultados con los obtenidos de el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2), versión validada por Londoño et al (2012). Los instrumentos fueron aplicados a 359 estudiantes de una universidad privada en Bogotá, D.C. escogidos a partir de un muestreo aleatorio estratificado.

Los resultados de esta investigación indican puntajes superiores en las mujeres y diferencias significativas con relación a los hombres en los esquemas autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, estándares inflexibles 1 y 2, inhibición emocional, derecho/grandiosidad y entrapamiento; además, se evidencia una relación significativa entre la historia de maltrato físico y los esquemas de abandono y derecho/grandiosidad.

Los autores concluyen que “Los resultados expuestos muestran el impacto que tiene la historia de maltrato físico en la infancia sobre la estructura cognitiva, pues cada una de las relaciones indican una alta vulnerabilidad de sufrir un desajuste psicológico, relacionado con la forma disfuncional de procesar la información, experimentar las emociones y/o interactuar con las demás personas.”(Gantiva Díaz, Angarita, & Sastoque, 2009)

Londoño Ardila, Aguirre Laverde, Naranjo, & Echeverri (2012) en institución educativa ubicada en el municipio de Caldas, departamento de Antioquia (Colombia), llevan a cabo una investigación sobre “Esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes de grado décimo y undécimo con contrato pedagógico disciplinar”. El objetivo de su investigación fue la descripción de dichos esquemas a partir de los resultados obtenidos de la aplicación del YSQ-L2. El enfoque de investigación es de tipo cualitativo descriptivo. La muestra fue constituida por 52 estudiante con edades entre las 15 y 18 años, que se encuentran en los grados ya mencionados, y que presentan procesos pedagógicos o disciplinarios (dificultades con la normativa escolar).

En los resultados obtenidos se encontro que los EMT con mayor relevancia en estos estudiantes con dificultades con la normativa escolar fueron: Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Derecho/grandiosidad y Autocontrol insuficiente. De igual manera, los dominios esquematicos más sobresalientes en esta población fuerón: autonomía y desempeño y límites insuficientes.

En la misma linea de investigaciones sobre la presencia de EMT en conductas disfuncionales, Gantiva Díaz, Bello Arévalo, Vanegas Angarita, & Sastoque Ruiz(2010), realizan una investigación en una universidad de Bogotá (Colombia) a cerca de la “Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios”. La investigación se enmarca dentro de un modelos empírico analítico y su diseño es de tipo descriptivo correlacional. Se aplicaron el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2) a 359 estudiantes.

A partir de los resultados se identificó una correlación entre el consumo de alcohol y los esquemas de abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, derecho/grandiosidad, autosacrificio y entrampamiento; además, los resultados sugieren un mayor consumo de alcohol y de esquemas maladaptativos tempranos en las mujeres.

Los autores concluyen que “el consumo de alcohol se asocia con estilos cognitivos caracterizados por sobreestimación del daño, baja tolerancia a la frustración y alta necesidad de aprobación social.”

Por otra parte, Polo Martínez & Amar Amar (2006), desarrollaron una investigación en el departamento del Atlántico (Colombia), en la cual comparan las distorsiones cognitivas en grupos de drogodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por sustancias (psicosis tóxica), trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia. Esta investigación lleva por título “Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual”. Se aplicó el CAQ (Cuestionario de Análisis Clínico de S. Krug) y el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján a 77 sujetos -pacientes drogodependientes a sustancias psicoactivas, con diagnóstico psiquiátrico asociado, de sexo masculino, cuyas edades oscilan entre los 18 y 40 años seleccionados mediante el método probabilístico estratificado y por racimos.

Los resultados indican la existencia de dos pensamientos deformados en esta población: pensamiento de debería y recompensa divina. Además, “se encontraron diferencias significativas en los pensamientos de visión catastrófica, falacia de cambio y tener razón, en los grupos de psicosis tóxica y TAB. En el grupo de psicosis tóxica y esquizofrenia, la diferencia significativa se halló en el pensamiento polarizado, generalización y etiqueta; mientras que, en el grupo de TAB y esquizofrenia, se encontraron diferencias significativas en casi todas las distorsiones cognitivas.”

4.2. Referentes conceptuales

Teniendo en cuenta que esta investigación se realizara en una población de adolescentes con diagnóstico dual, los cuales presentan, en gran porcentaje, conductas de

consumo desde la infancia, se hace necesario tener claridad acerca de los conceptos de infancia y adolescencia.

Generalmente lo que denominamos infancia se subdivide en dos etapas, la primera y la segunda infancia, según Jaramillo (2007) “se entiende por Primera Infancia el periodo de la vida, de crecimiento y desarrollo comprendido desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente y que se caracteriza por la rapidez de los cambios que ocurren... La Segunda Infancia concierne a las edades entre los 8 y los 10 años.

Piaget (citado por Gerrig & Zimbardo, s.f.), divide la infancia en cuatro etapas o estadios, según el desarrollo del niño, estos pueden corresponder de forma aproximada a diferentes edades del infante:

Estadio sensorio-motor, que va desde el nacimiento hasta los dieciocho o veinticuatro meses aproximadamente y que culmina con la construcción de la primera estructura intelectual, este estadio es subdividido por Piaget en varios subestadios de acuerdo con la edad del niño:

0-1 mes, estadio de los mecanismos reflejos congénitos;

1-4 meses, estadio de las reacciones circulares primarias

4-8 meses, Estadio de las reacciones circulares secundarias

8-12 meses, Estadio de la coordinación de los esquemas de conducta previos

12-18 meses, Estadio de los nuevos descubrimientos por experimentación

12-24 meses, Estadio de las nuevas representaciones mentales.

Un segundo estadio sería la Etapa preoperacional, la cual se divide en:

- 1) Estadio preconceptual, que va de los 2 a los 4 años
- 2) Estadio intuitivo, de los 4 a los 7 años, respectivamente.

En esta segunda etapa, el niño aún no tiene la capacidad para pensar de manera lógica, pero sí de relacionarse con el mundo de manera simbólica a través de representaciones. Este estadio puede ser evaluado, por ejemplo, a través del análisis de los juegos del niño y de su capacidad para nombrar las cosas.

En tercer lugar se encuentra la Etapa de las operaciones concretas, la cual iría de los 7 a los 11 años, y que se caracteriza por una mayor capacidad para el razonamiento lógico, sin embargo, sólo pueden razonar sobre cosas con las que han tenido experiencia directa. Algunas operaciones que el niño es capaz de realizar en esta etapa, están relacionadas con el grado de escolaridad que ha podido alcanzar hasta ese momento, por ejemplo, operaciones tales como la reversibilidad, que consiste en la comprensión de que la operación opuesta a la realizada inicialmente revierte esta, y la combinatoria, que tiene que ver con la capacidad de categorización del niño.

Una cuarta etapa corresponde a las operaciones formales, que va de los 11 años en adelante. Es la etapa en la cual el niño empieza a pensar en términos lógicos más abstractos, en esta etapa son capaces de solucionar problemas hipotéticos.

Es necesario tener presente que para Piaget, lo más importante en los estadios del desarrollo infantil es el orden sucesivo de estos, por encima de su correspondencia exacta con una edad determinada, además es importante la integración de las características del nuevo estadio con las que ya estaban presentes en los anteriores.

Por otra parte, la adolescencia es definida por Perinat (2007) como "...un momento vital de transición entre la niñez y la edad adulta" e indica que se ubica desde los 11 o 12 años hasta los 18 o 20 años aproximadamente, en esta etapa del desarrollo se generan cambios en la estructura corporal, a nivel cognitivo y a nivel relacional.

Esta investigación está dirigida a niñas y adolescente con diagnóstico dual (trastorno por uso de sustancias acompañado de otro trastorno mental o psicológico), y a identificar los esquemas maladaptativos tempranos presentes en esta población, lo cual hace necesario establecer que se entiende por trastorno psicológico y "esquemas maladaptativos tempranos"

Los trastornos psicológicos según el DSM-IV-R hacen referencia a un conjunto de síntomas distintivos que provocan malestar, discapacidad o riesgo clínicamente significativo para la salud de una persona.

"Desde la terapia cognitivo-conductual (TCC), los trastornos psicológicos vienen ocasionados por historias de aprendizaje disfuncionales o desadaptativas. Estas historias de aprendizaje determinan la forma en la que la persona piensa y se comporta." (Aaron Beck, s.f.)

En *Terapia Cognitiva de la Depresión*, Beck (1983) define la terapia cognitiva de la siguiente manera: “La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psíquicas (...). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.” (p.13) Este tipo de terapia pretende contribuir al cambio de las cogniciones (formas de pensamiento) y conductas (acciones) que resultan desadaptativos o disfuncionales y por tanto conflictivas y generadoras de malestar en el sujeto.

En el marco de la TCC, Jeffrey Young (1994), desarrolla la que se ha denominado Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas, la cual se enfoca fundamentalmente en los “esquemas maladaptativos tempranos”, definidos estos como “Temas extremadamente estables y permanentes que se desarrollan durante la niñez y son elaborados a lo largo de la vida del sujeto, los cuales son fortalecidos por el procesamiento de experiencias posteriores.” (p. 9)

4.2.1. Modelo focalizado en esquemas de Young

La terapia de esquemas es una psicoterapia que integra elementos de las escuelas cognitivo-conductuales, teoría del apego, gestalt, constructivistas y elementos dinámicos;

surge como una alternativa para el tratamiento de pacientes con trastornos psicológicos difíciles de manejar, como los trastornos de personalidad.

Edgar Vílchez (2009) enumera seis características que diferencian el modelo de esquemas de Young del modelo de Beck: menor nivel de descubrimiento guiado, menor nivel de confrontación, mayor número de sesiones en consecuencia a la resistencia al cambio de los pacientes con trastornos de personalidad y problemas de carácter, sesiones con mayor carga afectiva, identificación y superación de la evitación cognitiva y conductual, este modelo se centra en el EMT.

Young (1994) ha definido los esquemas maladaptativos tempranos como “estructuras extremadamente estables y duraderas que se elaboran durante la infancia, se desarrollan a través de toda la vida del individuo, y son disfuncionales en grado significativo. Además afirma que “Estos esquemas sirven como plantillas a través de las cuales, se procesara posteriormente la información.”

1. Todos los esquemas maladaptativos son creencias incondicionales y sentimientos a cerca de uno mismo en relación al ambiente. Son verdades *a priori* que están implícitas y se han dado por sentado.

2. Los EMT son autoperpetuados, y por lo tanto mucho más resistentes al cambio. Debido a que los esquemas se desarrollan en la vida temprana, frecuentemente forman el núcleo del autoconcepto del individuo y la concepción del ambiente.

3. Los EMT por definición, deben ser disfuncionales de manera significativa y recurrente.

4. Los EMT son usualmente activados por eventos relevantes en el ambiente al esquema particular.

5. Los EMT están más estrechamente vinculados a altos niveles de afecto cuando son activados, que las creencias subyacentes.

6. Los EMT parecen ser el resultado de la interacción entre el temperamento innato del niño con experiencias disfuncionales con los padres, hermanos, y pares durante los primeros años de vida.

4.2.1.1. Dominios de los esquemas

Desconexión y rechazo

La expectativa de que las propias necesidades como protección, seguridad, cuidado, empatía, compartir los sentimientos, aceptación, no se suplirán de manera predecible. Frecuentemente se origina en familias desapegadas, frías, rechazantes, represivas, aisladas, impredecibles o abusivas.

1. *Inestabilidad/Abandono*. La inestable o desconfiada percepción de que el apoyo y la vinculación estarán disponibles.
2. *Desconfianza/Abuso*. La expectativa de que los demás herirán, abusarán, humillarán, engañarán, manipularán, o tomaran ventaja de uno.
3. *Deprivación Emocional*. La creencia de que los propios deseos en un grado normal de apoyo emocional no serán adecuadamente satisfechos por los demás. Las tres principales formas de deprivación son:
 - a. Deprivación de “cuidado”: ausencia de atención, afecto, calor o compañía.

- b. Deprivación de empatía: ausencia de entendimiento, escucha, autodistanciamiento, o compartir sentimientos mutuos con los demás.
 - c. Deprivación de protección: ausencia de fortaleza, dirección o consejo por parte de los demás.
4. *Vergüenza/Defectuosidad*. El sentimiento de que uno es defectuoso, malo, indeseable, inferior, o indigno de respeto importante; o que debería ser inamable para las personas significativas si llegan a salir sus defectos a la luz pública.
5. *Aislamiento Social/Alienación*. El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, diferente a los demás, y/o no se es parte de ningún grupo o comunidad.

Desempeño y autonomía deficiente

Expectativa acerca de uno mismo y el ambiente que interfiere con la habilidad percibida para separar, sobrevivir, funcionar independientemente, o desempeñarse exitosamente. A menudo se origina en familias aglutinadas, socavadoras de la confianza del niño, sobreprotectoras, o que fallan en reforzar al niño para desempeñarse competentemente fuera de la familia.

6. *Dependencia/Incompetencia*. La creencia de que uno es incapaz de lidiar con las propias responsabilidades diarias de manera competente, sin la ayuda considerable de los demás.
7. *Vulnerabilidad al Daño o a la Enfermedad*. Miedo exagerado a una catástrofe inminente que lo acabara en cualquier momento, la cual será incapaz de prevenir. Temor focalizado en una o más de las siguientes situaciones: a. Catástrofes médicas

como por ejemplo, ataque cardíaco, SIDA; b. Catástrofes emocionales como por ejemplo volverse loco; c. Catástrofes externas, por ejemplo quedarse encerrado en un elevador, ser atacado por criminales, un accidente en un avión, terremotos.

8. *Si Mismo Infradesarrollado/Indiferenciado*. Involucración emocional excesiva e intimidad con una o más personas significativas (frecuentemente con padres), a expensas de la total individuación o el normal desarrollo social.
9. *Fracaso*. La creencia de que uno ha fallado, o fallará inevitablemente, o es fundamentalmente inadecuado en relación a los iguales, en áreas de realización (escuela, carrera, deportes, etc.).

Límites insuficientes

Deficiencia en los límites internos, responsabilidad para con los otros, u orientación de metas a largo plazo. Lleva a dificultades en el respeto a los derechos de los demás, cooperación con los otros, realización de compromisos, o ubicación y encuentro de metas personales realistas. Usualmente se origina en familias caracterizadas por permisividad, sobreindulgencia, carencia de dirección, o un sentimiento de superioridad, -en lugar de apropiada confrontación, disciplina y límites en relación con la toma de responsabilidades, cooperación de manera recíproca, y fijación de metas. En algunos casos, al niño podrá no habersele enseñado a tolerar niveles normales de incomodidad o podría no habersele dado adecuada supervisión, dirección o guía.

10. *Derecho/Grandiosidad*. La creencia de que uno es superior a las demás personas; merecedor de derechos especiales y privilegios; o no limitado por las reglas que guían la interacción social normal.

11. *Autocontrol Insuficiente/Autodisciplina*. Profunda dificultad o denegación a ejercer el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para lograr las metas personales, o reprimir las expresiones excesivas de sus propias emociones e impulsos.

Tendencia hacia el otro

Una excesiva focalización en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades – para ganar amor y aprobación, mantener una idea de vinculación, o evitar retaliación. Usualmente implica supresión y falta de conciencia respecto a la propia ira e inclinaciones naturales. Se origina frecuentemente en familias basadas en aceptación condicional: los niños deben suprimir aspectos importantes de sí mismos para ganar afecto, atención, y aprobación. En muchas de estas familias, las necesidades emocionales y los deseos de los padres – o la aceptación y estatus – son valorados más que las necesidades y sentimientos de cada niño.

12. *Subyugación*. Excesiva rendición del control a los demás a causa de un sentimiento coercitivo – usualmente para evitar ira, retaliación, o abandono. Las dos principales formas de subyugación son:

a. Subyugación de las Necesidades: supresión de las propias preferencias, desiciones y deseos.

b. Subyugación de las Emociones: supresión de la expresión emocional, especialmente la ira.

13. *Auto-sacrificio*. Excesiva centración en suplir *voluntariamente* las necesidades de los otros en situaciones diarias, a expensas de la propia gratificación.

14. *Búsqueda de Aprobación/Búsqueda de Reconocimiento*. Énfasis excesivo en ganar aprobación, reconocimiento, o atención de la demás gente, o encajar en, a cambio de desarrollar seguridad y una verdadera idea de sí mismo.

Sobrevigilancia e inhibición

Énfasis excesivo en suprimir los pensamientos espontáneos, impulsos, y preferencias o en lograr rígidas reglas internalizadas y expectativas acerca del desempeño y comportamiento ético – frecuentemente a expensas de la felicidad, auto-expresión, relajación, relaciones íntimas o salud. Usualmente se origina en familias de tipo severo, demandante, y algunas veces punitivo: desempeño, deber, perfeccionismo, seguimiento de reglas, reprimir emociones, y evitar cometer errores predominan sobre el placer, la alegría, y el relajamiento. Hay usualmente una corriente de fondo de pesimismo, y preocupación – acerca de que las cosas podrían desmoronarse si uno falla al ser vigilante y cuidadoso todo el tiempo.

15. *Negatividad/Pesimismo*. Una profunda centración a lo largo de la vida en los aspectos negativos de esta (dolor, muerte, decepción, conflicto, culpa, resentimiento, pérdida, problemas no resueltos, errores potenciales, traición, cosas

que podrían ir mal, etc.) mientras minimizan o descuidan el aspecto positivo u optimista de las cosas.

16. *Inhibición Emocional*. La excesiva inhibición de los actos, sentimientos espontáneos, o comunicación – usualmente para evitar la desaprobación de los otros, sentimientos de culpa, o perder el control de los propios impulsos. Las áreas más comunes de inhibición involucran: a. inhibición de la *ira y agresión*; b. inhibición de los impulsos positivos; c. Dificultad en la expresión de la *vulnerabilidad o comunicación* libre acerca de los propios sentimientos, y necesidades; o d. Énfasis excesivo en la *racionalidad* mientras descuida las emociones.
17. *Estándares inflexibles/Hipercrítica*. La creencia subyacente de que uno debería esforzarse por alcanzar estándares internalizados muy altos de comportamiento y desempeño, usualmente para evitar las críticas.
18. *Punitividad*. La creencia de que la gente debería ser severamente castigada por cometer errores. Involucra la tendencia a estar enojado, ser intolerante, punitivo, e impaciente con las personas (incluyendo uno mismo) que no cumplen con sus propias expectativas o estándares.

5. Metodología

5.1 Diseño metodológico

El presente trabajo tiene un enfoque cuantitativo, utiliza información cuantificable para la descripción del fenómeno a estudiar; esta dentro de un diseño no experimental, no se manipula la variable independiente con el fin de ver su efecto sobre la variable o variables dependientes, sólo se observa el fenómeno en su contexto y manifestación natural para posteriormente analizarlo; es de tipo transversal descriptivo empírico analítico, se recopilan datos en un momento único con el fin de indagar la incidencia de las variables sobre la población y describir lo observado (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010), busca describir la presencia de esquemas maladaptativos tempranos en una población de niñas y adolescentes con diagnóstico dual en el Hospital Mental de Antioquia

5.2. Población y muestra

5.2.1. Población

Adolescentes entre los 14 y 17 años de edad institucionalizadas por Diagnóstico Dual en el Hospital Mental de Antioquia.

5.2.2. Muestra: 21 de 58 Niñas que cumplen con las características mencionadas.

5.2.3. Muestreo: No probabilístico por disponibilidad (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010)

5.2.4. Criterios

- **Inclusión:** Institucionalizadas en Diagnostico Dual del HOMO u otra institución por lo menos un año
- **Exclusión:** Tener CI Limite

5.3. Técnicas e instrumentos de recolección

El Young Schema Questionnaire es un instrumento creado por Young (1990) para evaluar los esquemas maladaptativos tempranos. En Medellín Castrillón et al. (2003) han hecho una validación de la forma larga del instrumento (YSQ-L2) para la población colombiana, éste cuenta con 45 ítems, opciones de respuesta de 1 a 6 y fiabilidad del cuestionario de 0.91 total en escala Cronbach, el alfa de cada uno de los factores osciló entre el .71 y el .85 (abandono 0.80, insuficiente autocontrol/autodisciplina 0.85, desconfianza/abuso 0.73, deprivación emocional 0.73, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad 0.74, autosacrificio 0.78, estándares inflexibles I 0.82, estándares inflexibles II 0.79, inhibición emocional 0.79, derecho 0.74, entrapamiento 0.71). Dicho instrumento, es utilizado en la presente investigación debido a la capacidad que posee para mostrar la presencia EMT en población colombiana, población de la cual se extrae la muestra, la validez y confiabilidad del instrumento y su compatibilidad con los objetivos de investigación.

5.4. Operacionalización de variables

Variable	Descripción	Dimensiones	Tipo de variable	Instrumento
Esquemas Mal-adaptativos Tempranos	Temas muy estables y duraderos que se desarrollan y se elaboran a lo largo de toda la vida de los individuos resultante de una interacción entre necesidades emocionales centrales que no fueron suplidas en la infancia, además de las experiencias tempranas y el temperamento, muestran las creencias sobre uno mismo en relación al ambiente.	Desconexión y Rechazo Perjuicio en Autonomía y Desempeño Límites inadecuados Tendencia hacia el otro Sobrevigilancia e inhibición	Cuantitativa continua	YSQ-L2

5.5. Consideraciones Éticas

Para el desarrollo de este trabajo se ha tenido en cuenta los principios éticos y legales relacionados con el ejercicio de la investigación en Colombia (Ley 1090 de 2006 y ley 1616 de 2013). Las adolescentes que participan lo han hecho de forma voluntaria, teniendo el conocimiento de que su participación es una decisión libre y que pueden decidir no continuar en cualquier momento del proceso, respetando su derecho a la autonomía; los procedimientos se hicieron teniendo en cuenta el principio de dignidad, lo que implica el reconocimiento de la persona y su valor como tal, y el establecimiento de la relación profesional en consecuencia con ello, evitando tomar a las participantes como un simple

objeto de investigación, primando el bienestar de estas durante todo el proceso y respetando todos sus derechos.

Las participantes fueron informadas, antes de hacer parte de la investigación, de los objetivos de la misma, del propósito y la información que brinda el instrumento utilizado y de los beneficios que tal información puede representar para el participante, como es la obtención de información que facilite o contribuya a la comprensión de su caso o problemática, lo que puede posibilitar la utilización de nuevas estrategias en su procesos terapéutico; para los investigadores, la consecución de sus objetivos académicos y de nuevos conocimientos; para la institución, la consecución de nuevos conocimientos que permitan el abordaje de esta problemática de formas cada vez más acertadas y eficaces; y finalmente, para el campo de la psicología clínica, y de la psicología en general. Se ha brindado la información concerniente a los resultados del instrumento utilizado, y de la investigación. Además del consentimiento de las participantes, se ha pedido el consentimiento informado de los tutores legales de las jóvenes.

Se respeta el derecho a la confidencialidad de las participantes, restringiendo el acceso a cualquier dato que permita su identificación y relación con el proceso por personas ajenas al mismo, y se ha respetado la intimidad de los participantes, absteniéndose de solicitar información que no esté relacionada con los objetivos de la investigación y respetando su derecho a no nombrar la información que no quiere suministrar.

5.6. Procedimiento

En primer lugar se obtuvo la autorización de la institución (Hospital mental de Antioquia) para la realización de la investigación, posteriormente se informó a las jóvenes acerca de la misma y se pidió su participación libre y voluntaria, informándoles que no estaban obligadas a hacerlo y que podrían retirarse en el momento que lo hubiesen deseado, se les suministró información acerca de los objetivos de la investigación y los beneficios que su realización representa, exponiéndoles de esa manera la importancia de su participación. Se pidió el consentimiento informado de los tutores legales, de las niñas que cumplieran con los criterios y decidieron participar, para la aplicación del instrumento (YSQ-L2) y la utilización de la información para los propósitos de la investigación. La aplicación del instrumento se realizó en grupos de 5 evaluadas y se hizo bajo la supervisión de los evaluadores. Teniendo en cuenta que el instrumento está validado, se realizó una prueba piloto, no para ajustarlo, sino para observar el comportamiento de las participantes y predecir futuros inconvenientes, finalmente se procedió a la aplicación del instrumento y a la recolección de información.

5.7. Plan de análisis

El YSQ-L2 tiene como parámetro para realizar la lectura de los resultados la media y la desviación estándar de cada esquema maladaptativo evaluado; estos datos se ingresaron al paquete estadístico SPSS y se obtuvo, a partir de estos, el límite inferior y el límite superior correspondiente a la puntuación de cada EMT. Se considera, a partir del procedimiento de calificación del test, que los EMT que obtienen calificaciones superiores

al límite superior, representan la existencia en el evaluado de tal EMT, por tanto, se ingresó al programa las puntuaciones directas de cada ítem para que este realice la sumatoria del grupo de ítems que evalúan cada EMT, de esta manera se obtuvo la puntuación directa correspondiente a cada EMT. Posteriormente, se procedió a realizar la gráfica de los resultados, teniendo en cuenta la media, el límite superior y el límite inferior. A partir de esta última se procedió a la interpretación de resultados, en la cual, se establecerá en primera instancia, la presencia de EMT en el evaluado y el tipo o tipos de esquemas presentes. A partir de los resultados de esta primera etapa, se procedió al análisis estadístico de los EMT presentes en la muestra evaluada para determinar cuáles son los EMT que se presentan con mayor frecuencia en este tipo de población.

6. Resultados

A continuación se presentan los resultados de los estadísticos descriptivos de las puntuaciones percentiles obtenidas por los participantes en el YSQ-L2. Es posible observar que la media de los esquemas Desconfianza/Abuso y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, presentan puntuaciones que representan la presencia significativa del esquema, con 85,071 y 89,071, respectivamente. Además, es importante destacar, que los demás esquemas, con excepción de Estándares Inflexibles II, presentan una media superior a 70, lo cual representa una tendencia alta a presentar el esquema.

Tabla 2
Estadísticos descriptivos de los percentiles de los esquemas maladaptativos tempranos

	N	Media	Desviación estándar
Abandono	21	76,00	27,87
Insuficiente Autocontrol	21	80,74	19,26
Desconfianza/Abuso	21	85,07	11,26
Privación Emocional	21	74,71	25,98

Vulnerabilidad al daño y a la Enfermedad	21	89,07	8,92
Autosacrificio	21	79,91	17,79
Estándares Inflexibles I	21	74,95	12,99
Estándares Inflexibles II	21	68,29	24,57
Inhibición Emocional	21	74,81	29,82
Derecho	21	74,29	22,04
Entrampamiento	21	83,86	16,42

La siguiente tabla presenta los porcentajes correspondientes a la presencia significativa del EMT en las adolescentes evaluadas, es decir, percentiles mayores o iguales a 85. Los resultados indican que los EMT con mayor prevalencia en esta población son Desconfianza/Abuso, Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y Entrampamiento, con 76,2% para cada uno de ellos; seguidos de Autosacrificio con un 61,9%; Abandono e Inhibición Emocional, ambos con un 57,14%; Insuficiente Autocontrol, Privación Emocional y Derecho con un 52,38% cada uno; Estándares Inflexibles I con un 38,1%, y finalmente, Estándares Inflexibles II con un 33,33%.

ESQUEMA	Evaluado																					PRESENCIA DEL ESQUEMA. PERC. ≥ 85	TENDENCIA ALTA. PERC. ≥ 75 y < 85
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Abandono	93	65	96	83	93	96	94	50	100	100	45	85	94	99	94	45	65	1	80	25	93	57,14%	9,52%
Insuficiente autocontrol	93	75	80	75	93	97,5	99	82,5	96	97,5	25	75	77,5	60	75	95	97,5	85	92	85	40	52,38%	33,33%
Desconfianza/abuso	88,4	80	92	85	92	75	85	99	99	50	80	65	86,7	86,7	90	97	86,7	94	85	85	85	76,19%	14,28%
Privación emocional	97	80	90	85	91	15	98,5	93	90	75	65	30	80	91	93	15	99,5	55	91	70	65	52,38%	14,28%
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	93	77,5	80	75	85	75	97	90	98	97	90	90	98	87,5	90	98	87,5	96	97	70	99	76,19%	14,28%
Autosacrificio	45	85	70	80	92	90	98	98	94	94	70	75	91	75	91	85	85	55	90	30	85	61,90%	14,28%
Estándares inflexibles I	88,4	65	70	55	65	92	55	87,5	75	55	65	94	85	65	80	65	70	85	80	85	92	38,09%	14,28%
Estándares inflexibles II	50	30	80	65	50	85	50	20	15	75	80	90	75	97	80	60	65	85	94	94	94	33,33%	19,04%
Inhibición emocional	90	80	97	94	65	65	90	100	94	1	75	98	55	1	35	91	95	91	91	65	98	57,14%	9,52%
Derecho	92	60	35	85	70	98	85	92	35	90	60	90	92	60	40	40	90	98	98	80	70	52,38%	4,76%
Entrampamiento	85	85	85	91	98	93	75	98	90	85	91	97	97	75	75	35	85	45	85	93	98	76,19%	14,28%

7. Discusión

El objetivo de esta investigación consistió en describir los EMT presentes en las niñas y adolescentes institucionalizadas por diagnóstico dual en el Hospital Mental de Antioquia, para el logro de tal objetivo se aplicó el YSQ-L2, instrumento validado en población colombiana que nos ha permitido identificar los EMT presentes en la muestra evaluada.

Los resultados obtenidos sugieren que las adolescentes con diagnóstico dual presentan estructuras esquemáticas comunes, soportadas en procesos de aprendizaje que se han desarrollado a partir de historias de vida con características similares.

Es así, como logra evidenciarse que los EMT con mayor prevalencia en esta población son desconfianza/abuso, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, entrapamiento y autosacrificio (este último en un menor porcentaje), presentando puntuaciones clínicamente significativas en la mayoría de los casos evaluados.

Young (1994), afirma que esquemas como desconfianza/abuso se originan cuando el sujeto no recibe durante su desarrollo suficiente amor, aceptación, respeto, atención de sus padres o cuidadores, cuando han sido engañados y/o abusados por sus padres o pares, dando como resultado que el sujeto espere que los demás le hagan daño, lo engañen, abusen de él o le manipulen, desarrollando normalmente comportamientos defensivos frente a tal expectativa.

Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y entrapamiento pueden desarrollarse cuando los padres o cuidadores no logran ofrecer un ambiente que estimule la autonomía, sobreprotegiendo, transmitiendo preocupaciones constantes e innecesarias, pueden generarse en “familias aglutinadas, socabadoras de la confianza del niño, sobreprotectoras, o que fallan en reforzar al niño para desempeñarse competentemente fuera de la familia”, los sujetos con un EMT de Vulnerabilidad presentan un miedo desproporcionado a ser afectados por una catástrofe en cualquier momento, y aquellos con un esquema de entrapamiento presentan “involucración emocional excesiva e intimidad con una o más personas significativas (frecuentemente con padres), a expensas de la total individuación o el normal desarrollo social” (Young, 1994)

Finalmente, el autosacrificio es un esquema que puede desarrollarse a partir de historias de aprendizaje en familias basadas en aceptación condicional, es decir, la aceptación de los otros está condicionada por comportamientos que llenan las expectativas de estos; de esta forma, el niño aprende a suprimir los aspectos importantes de sí mismo y a valorar, por encima de estos, los deseos, sentimientos y respuestas de los otros, lo cual lleva a estos sujetos a centrarse en la satisfacción de las necesidades de los demás por encima de las propias.

En un segundo plano, pero no menos importantes, puede observarse la presencia significativa, aunque con una menor prevalencia, de dos esquemas más: abandono e inhibición emocional. Estos esquemas pueden originarse en familias que presentan las mismas características descritas para el primer esquema que hemos tratado, a saber, desconfianza/abuso, ya que pertenecen al mismo dominio esquemático, desconexión y

rechazo; de esta forma, puede sugerirse la relevancia de tal dominio esquemático en el desarrollo de patología dual en adolescentes, ya que encontramos la presencia de tres esquemas pertenecientes al mismo, dos de ellos con alta prevalencia y uno con una prevalencia lo suficientemente significativa (superior al 50%).

De acuerdo con la teoría de esquemas desarrollada por Young (1994), la cual dice que los EMT “parecen ser el resultado de la interacción entre el temperamento innato del niño con experiencias disfuncionales con los padres, hermanos, y pares durante los primeros años de vida”, es decir, el resultado de la interacción del temperamento con un proceso de aprendizaje temprano; podemos pensar que las adolescentes con patología dual comparten experiencias de aprendizaje facilitadoras del desarrollo de contenidos esquemáticos altamente disfuncionales, y que estos pueden contribuir a la aparición de una patología dual; sin embargo, nos encontramos en este caso con una realidad que complejiza el fenómeno, la existencia de diversos trastornos comórbidos con TUS en patología dual, como Trastornos de personalidad, discapacidad cognitiva, diversos trastornos del estado de ánimo, TDAH, Trastornos por conductas disruptivas, entre otros, los cuales, no comparten las mismas características etiológicas.

Ahora bien, el objetivo de esta investigación no ha sido en ningún momento develar la etiología de la patología dual en adolescentes, sino describir los EMT presentes en esta población, aportando de esta forma herramienta para el desarrollo de intervenciones más acertadas, ya que el conocimiento de los múltiples factores intervinientes en un fenómeno nos provee de una mayor comprensión del mismo y la posibilidad de intervenciones más eficaces, dirigidas precisamente a dichos factores identificados.

Los resultados correspondientes a la alta prevalencia del esquema vulnerabilidad al daño y a la enfermedad son coherentes con los obtenidos por Londoño Ardilla et al. (2012) en su investigación sobre “Esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes de grado décimo y undécimo con contrato pedagógico disciplinar”, lo cual podría sugerir una relación de este esquema con trastornos externalizantes como el disocial u oposicionista presentes en muchos de los sujetos evaluados.

Gantiva et al. (2010), en investigación sobre la relación entre el consumo excesivo de alcohol y EMT en estudiantes universitarios, encuentra una alta correlación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas como abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, derecho/grandiosidad, autosacrificio, y entrapamiento, presentándose coincidencias en esquemas encontrados en la muestra evaluada para la presente investigación como abandono, desconfianza, vulnerabilidad, autosacrificio y entrapamiento, lo que nos hace preguntarnos si el desarrollo de un TUS puede estar asociado a la presencia de los EMT mencionados.

No obstante, la relación que intentamos establecer entre los resultados de esta investigación y algunas investigaciones precedentes no deja de ser una relación forzada, ya que no existe estudios puntuales sobre EMT en patología dual que precedan el presente trabajo y nos permitan hacer contrastaciones más adecuadas.

Se recomienda para futuras investigaciones sobre EMT en esta población, realizar estudios diferenciales de los trastornos que presentan comorbilidad con TUS, es decir,

evaluar grupos que compartan el mismo trastorno comórbido con TUS, ya que una investigación de este tipo puede arrojar resultados más útiles para la comprensión de diversas configuraciones de patología dual y para el diseño de planes de intervención más eficaces. Sin embargo, no se desconoce la dificultad para acceder a un número adecuado de sujetos con esta condición para realizar investigaciones de este tipo.

8. Referencias

Beck, A. T., Rush, A. J., & Shaw, B. F. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Beck, A. (s.f.). Trastornos psicológicos. *Centro de Psicología Aaron Beck*. Recuperado de: <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/trastornos-psicologicos.html>

Colombia, R. d. (2013). Ley 1616 de 2013. *Presidencia de la República* . Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Gabalda, I. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. España. Paidós. pp. 223-233.

Gantiva Díaz, C., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., & Sastoque Ruiz, Y. (2009). Historia del maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 127-134.

Gantiva Díaz, C., 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.

Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. Mexico. Pearson Education.

Goti, J. Díaz, R. Arango, C. (2014). *Patología Dual, Protocolos de intervención: Adolescentes*. Barcelona. EdikaMed. pp. 8-15.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & María, B. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.

Herrera Spencer, M. (2012). *Acompañamiento Psicosocial con personas que se encuentran en situación de calle y que presentan problemas de Salud Mental. Una mirada desde los Gestores de Calle* (tesis de maestría). Recuperada de: (nombre de la base de datos). (acceso o solicitud No.) Obtenido de UNIVERSIDAD DE CHILE:

http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2012/cs-herrera_m/pdfAmont/cs-herrera_m.pdf

Jaramillo, L. (2007). Concepción de Infancia. *Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación*, (8), p. 110.

León Pérez, Á. (18 de Marzo de 2011). *La lucha en dos dimensiones de los niños de la calle*. Obtenido de EL MUNDO.COM:

<http://www.elmundo.com/portal/resultados/detalles/?idx=174321>

Londoño Ardila, L., Aguirre Laverde, D., Naranjo, S., & Echeverri, V. (2012). Esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes de grado décimo y undécimo con contrato pedagógico disciplinar. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (36), 158-172.

Londoño, N., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., y otros. (2012). Young schema questionnaire-short form: Validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 37(3), 147-164.

Perinat, A. (2007). *La primera infancia*. Barcelona: UOC.

Personeria de Medellín. (2013). *Informe Sobre la Situación de los Derechos Humanos En la Ciudad de Medellín 2012*. Medellín: Personeria de Medellín.

Polo Martínez, I., & Amar Amar, J. (2006). Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual. *Revista Psicogente*, 9(15), 119 - 134.

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

Torrens Mèlich, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320.

Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología. (2012). *Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo*. Obtenido de Colegio Colombiano de Psicólogos:
http://www.colpsic.org.co/portal/tribunales_archivos/ACUERDO_No_10_MANUAL_DE_ONTOLOGICO_Y_BIOETICO_DEL_PSICOLOGO_Marzo_15_2012.pdf

Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press. p. 9