



**Relación entre Esquemas Precoces Desadaptativos y Niveles
de Gravedad del Consumo en pacientes crónicos internados en
el Centro de Tratamiento “Nunca más solos”**

Trabajo Final de Carrera

Facultad de Humanidades - Licenciatura en Psicología

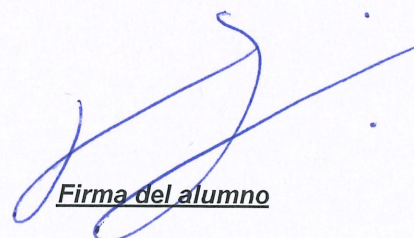
Alumno: Rodrigo Ezequiel GERMAN

Carrera: (0402) - Licenciatura en Psicología

ID: 000-17-8646

Año: 2026

Tutor: Mag. Juan Pablo MORA PENAGOS



Firma del alumno

Agradecimientos

Comienzo por agradecer en primer lugar a Roxi, mi mujer, por el amor y el apoyo incondicional que me brinda en cada paso de mi vida y especialmente su aliento permanente en el transcurso de ésta aventura académica, porque con ella a mi lado siempre sentí que ésto era posible.

A Carolina, Lucas, Camila y Tomás, mis amados hijos, a quienes amo incondicionalmente, no hay palabras que puedan describir lo agradecido que estoy de que, pese a todo, siempre me apoyan y me dicen cuanto me aman, ciertamente yo los admiro más a ellos, ya que estoy orgulloso de verlos tan increíblemente capaces y tan buenas personas. A mi nietito Fausto, un regalo de la vida que, con su hermosa carita y sus sonrisas, me permite descubrir y disfrutar una nueva forma de amor que me maravilla a cada instante.

A mi madre, que todo el tiempo me decía que quería vivir para verme recibir mi diploma, una mujer fuerte y resiliente, que siempre me mostró que la vida hay que disfrutarla.

A mis amigos, los que hoy están y los que espero estén viéndome desde donde se encuentren, por su cariño, apoyo y comprensión durante éstos 4 años. A mi ahijado y amigo Marcos que estuvo a mi lado cada día compartiendo todo. A mi sobrina Meli o, mejor dicho, la Lic. Melisa Fernández, un amor de persona, se que mi amigo está muy orgulloso de la mujer en que se ha convertido.

También quiero agradecer especialmente a mi grupo de compañeros y futuros colegas, ya que ha sido un placer compartir con ellos la cursada, son el mejor grupo humano que me podría haber tocado en suerte, en especial a mi grupo de estudios “los cuatro fantásticos” y a mi amiga Mariana Fernández.

Imposible dejar de agradecer a la Universidad de Belgrano, esta casa de altos estudios que hoy siento como mi casa. A la secretaria académica Lic. Cecilia López quien siempre estuvo atenta a las necesidades de todos, respondiendo de forma impecable y amorosa a cada una de las situaciones tanto académicas como humanas. A todo el cuerpo docente que participó en mi proceso de formación, ya que cada uno de ellos han dejado huellas indelebles en mí, quiero destacar el alto grado de excelencia de “mis docentes” y el amor con que han sabido transmitir sus conocimientos.

Agradezco especialmente al Lic. Gastón Pecznik y al Dr. José Barros por ser mis referentes respecto a los conocimientos técnicos, la ética y el compromiso que se requieren para ser un profesional de la salud mental en el contexto actual. Al Lic. Lucas Dacunto por cada una de sus clases y al Lic. Alexis Serantes por transmitirme, con una frescura y cordialidad únicas, una mirada social de la Psicología, ambos han colaborado permanentemente con mi proceso de formación.

Agradezco al Mag. Juan Pablo Mora Penagos, mi querido profesor y tutor de éste trabajo, por su gentileza, su gran vocación docente, su excelencia como académico y cómo

persona, y por su predisposición para acompañarme durante el hermoso proceso de éste trabajo final de mi carrera.

Agradezco a Carlos Sasso, Director del Centro de Tratamiento para Consumos Problemáticos “Nunca más solos”, por siempre abrirme las puertas, por hacerme sentir parte del equipo terapéutico y su gentil disposición para colaborar con mi proceso de formación y con este trabajo.

1. Resumen

La presente investigación se propone analizar la relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD) y los niveles de gravedad del consumo de sustancias en pacientes con cuadros de dependencia crónica. Los Esquemas, muchos de los cuales se configuran en la infancia se elaboran, mantienen y posteriormente se imponen en las experiencias vitales de la vida adulta, incluso cuando ya no sean aplicables, volviéndose así desadaptativos para el individuo. Los EPD se definen entonces como patrones emocionales y cognitivos de carácter contraproducente que se originan durante la infancia o adolescencia como resultado de la frustración de necesidades emocionales nucleares (vínculo seguro, autonomía, límites realistas). Estas estructuras, arraigadas en la personalidad, operan como "lentes" distorsionados a través de los cuales el individuo procesa la realidad, actuando como factores de vulnerabilidad que predisponen, disparan y mantienen las conductas adictivas como mecanismos de evitación o compensación emocional (Young, Klosko & Weishaar, 2013).

Se llevó a cabo un estudio de enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo-correlacional y un diseño no experimental de corte transversal. La muestra, de tipo no probabilística por conveniencia, estuvo conformada por 25 sujetos adultos internados en el Centro de Tratamiento “Nunca más solos” (Pilar - Fátima, Provincia de Buenos Aires) durante el mes de Enero del 2026. Los instrumentos utilizados incluyeron una ficha de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2) y el Test de Screening de Abuso de Drogas (DAST-10).

Los resultados esperados pretenden confirmar una correlación positiva y significativa entre la rigidez de los esquemas y la severidad de la adicción, especialmente en los dominios de Desconexión y Rechazo, y Límites Insuficientes. Se concluye sobre la importancia de trascender los modelos de tratamiento centrados únicamente en la abstinencia conductual, sugiriendo la necesidad de implementar abordajes terapéuticos integrativos que apunten a la reparación de las necesidades emocionales nucleares para reducir el riesgo de recaídas en poblaciones de alta complejidad clínica. Se postula la Terapia de Esquemas como un abordaje integrativo, que permite identificar los modos del esquema activos y reparar las carencias

afectivas subyacentes, ofreciendo una vía efectiva para reducir las recaídas en poblaciones de alta complejidad clínica.

Palabras clave: Esquemas Precoces Desadaptativos – Consumo de Sustancias – Gravedad del Consumo – Terapia de Esquemas – Internación.

2. Índice

1. Resumen	2
2. Índice	4
3. Introducción	5
4. Pregunta Problema	7
5. Justificación del tema	7
6. Estado del arte	8
7. Marco Teórico	11
8. Objetivos	17
9. Hipótesis	18
10. Metodología	19
11. Resultados	22
11.1 Descripción Sociodemográfica	22
11.2 Descripción DAST-10	29
11.3 Descripción YSQ-L2	31
11.4 Comparativa nivel del DAST-10 e Insuficiente Autocontrol	34
12. Discusión	35
13. Conclusiones	38
14. Referencias bibliográficas	43

3. Introducción

En el último siglo, el consumo problemático de sustancias se ha consolidado como una de las crisis de salud pública más persistentes y complejas a nivel mundial. (UNODC, 2023). Este fenómeno no solo se define por la dependencia química, sino por su alta resistencia al cambio y elevadas tasas de recaída, factores que desafían constantemente la eficacia de las intervenciones clínicas tradicionales. Históricamente, la mayoría de los modelos de tratamiento se han centrado en la remoción del síntoma (la obtención de la abstinencia) operando bajo una lógica de reducción de daños o modificación conductual superficial. Sin embargo, estos enfoques suelen omitir las estructuras subjetivas y los factores de vulnerabilidad cognitiva profunda sobre los que se asienta y se cronifica la conducta adictiva.

En este contexto, el consumo crónico no debe entenderse meramente como una elección desadaptativa o un déficit de voluntad, sino como una respuesta funcional a una vulnerabilidad psicológica y neurobiológica preexistente. En pacientes que requieren internación, la cronicidad suele estar entrelazada con una "patología dual", donde el trastorno por consumo coexiste con rasgos de personalidad rígidos y una marcada desregulación afectiva. Esta interacción genera un deterioro en las funciones ejecutivas que perpetúa el ciclo de la adicción. Por lo tanto, resulta imperativo desplazar el foco de atención desde la sustancia hacia el sujeto, analizando la "función" que el consumo cumple en su economía psíquica como un intento rudimentario de autorregulación.

Bajo esta premisa, la Terapia de Esquemas (TE), desarrollada por Jeffrey Young (1999), surge como un enfoque integrativo de tercera generación con un potencial para el abordaje de patologías crónicas y de la personalidad ampliamente validado. Según este modelo, un esquema es un patrón vasto y persistente de recuerdos, emociones y cogniciones que media la percepción del individuo sobre sí mismo y sus relaciones (Young, Klosko & Weishaar, 2013). Los Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD) se originan a partir de la interacción entre el temperamento innato del niño y experiencias infantiles tóxicas donde las necesidades emocionales nucleares, como el afecto, la seguridad, la autonomía y los límites no fueron satisfechas. Estos esquemas se sitúan en el núcleo de los problemas caracterológicos severos, operando como estructuras de significado que distorsionan la realidad de manera persistente (Young, Klosko & Weishaar, 2013).

Young (2013) postula que los EPD son resistentes al cambio porque el individuo los valida como verdades absolutas y a priori ("así es el mundo" o "así soy yo"). En pacientes con consumos graves de sustancias, el esquema opera de forma automática: ante un estresor ambiental, el esquema se activa y desencadena estados emocionales de una intensidad intolerable. En el ámbito de las adicciones, cobran especial relevancia los dominios de

Desconexión y Rechazo y el de Autonomía y Desempeño Deteriorados. Por ejemplo, un sujeto con el esquema de Privación Emocional puede percibir un vacío afectivo crónico; ante la imposibilidad de tramitar psíquicamente ese dolor, recurre a la sustancia como un objeto sustituto que ofrece un alivio anestésico inmediato, aunque transitorio y destructivo.

Desde esta perspectiva, la conducta adictiva se interpreta como una estrategia de afrontamiento desadaptativa, específicamente de evitación o compensación, ante la activación de esquemas como Abandono/Inestabilidad, Desconfianza/Abuso o Imperfección/Vergüenza. Cuando estos esquemas son estimulados por acontecimientos vitales, el sujeto experimenta angustia, miedo o ira en niveles que superan su capacidad de procesamiento. El consumo de sustancias se podría pensar como un mecanismo de "automedicación emocional", frente a verdades dolorosas que tiñen el procesamiento de la información (Chattás, 2018).

La gravedad del consumo, por tanto, es un constructo multidimensional que trasciende la frecuencia o la cantidad ingerida. Implica el grado de interferencia de la adicción en las esferas vinculares, laborales y biológicas del sujeto. La literatura científica contemporánea sugiere una correlación positiva: a mayor rigidez y cantidad de Esquemas Precoces Desadaptativos activos, mayor es la severidad de la dependencia y la resistencia al tratamiento (Brotchie et al., 2004; Shorey et al., 2012). Estas investigaciones demuestran que los EPD no solo predisponen al consumo, sino que actúan como predictores del pronóstico clínico, donde una mayor carga esquemática se traduce en una mayor complejidad para alcanzar la remisión (Ball, 2007). Si el paciente no logra identificar y modificar estos patrones de fondo, cualquier intento de sobriedad será precario, derivando en procesos de internación recurrentes como los que se observan en instituciones de alta complejidad.

La presente investigación tiene como propósito explorar la relación entre los EPD y los niveles de gravedad del consumo en pacientes internados en el Centro de Tratamiento "Nunca más solos". A través de un estudio descriptivo-correlacional de corte transversal y un enfoque cuantitativo, se administrarán el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2) y el Test de Detección de Abuso de Drogas (DAST-10) a una muestra de 25 sujetos. El Centro de tratamiento "Nunca más Solos", al brindar un entorno de contención y aislamiento de los disparadores ambientales cotidianos, ofrece un escenario clínico privilegiado para observar estos esquemas en su estado más puro.

Se espera que los resultados no solo visibilicen la prevalencia de esquemas específicos en la población con consumo crónico, sino que aporten evidencia empírica para transitar hacia un modelo de intervención "a medida". Identificar qué esquemas correlacionan más fuertemente con la gravedad del cuadro permitirá a los equipos interdisciplinarios (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales) diseñar estrategias personalizadas. En última instancia, este trabajo busca enriquecer los dispositivos de salud, promoviendo una

recuperación que no solo apunte a la abstinencia, sino a la reparación de las estructuras cognitivo-emocionales que subyacen a la vulnerabilidad a las recaídas.

4. Pregunta Problema

¿Cuál es la relación existente entre los Esquemas Precoces Desadaptativos y los niveles de gravedad del consumo de sustancias en pacientes con cuadros crónicos internados en el Centro de Tratamiento “Nunca más solos” durante el año 2026?.

5. Justificación del tema

La relevancia de la presente investigación se fundamenta en la convergencia de tres factores críticos: la situación epidemiológica actual en la República Argentina, la complejidad del perfil del paciente crónico en centros de internación de la provincia de Buenos Aires.

En primer lugar, el panorama epidemiológico nacional revela un incremento sostenido en el policonsumo y una disminución en la edad de inicio, lo que deriva en cuadros de dependencia más severos y de mayor cronicidad. Según informes recientes de la SEDRONAR, como la Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC), realizada en conjunto por la SEDRONAR y el INDEC en 2023, el consumo de sustancias psicoactivas ha dejado de ser un fenómeno periférico para instalarse como una problemática estructural que desborda las capacidades de respuesta del sistema de salud convencional (INDEC & SEDRONAR, 2023). En este contexto, el estudio de los factores subyacentes al consumo en instituciones como el Centro de Tratamiento “Nunca más solos” no es solo una necesidad clínica, sino un imperativo de salud pública para comprender por qué los tratamientos actuales presentan techos terapéuticos que resultan en la "puerta giratoria" de las internaciones recurrentes.

En segundo lugar, la complejidad del paciente crónico institucionalizado exige un cambio de paradigma en la evaluación. El sujeto que llega a una instancia de internación prolongada en la provincia de Buenos Aires suele presentar un historial de fracasos terapéuticos previos y, frecuentemente, una estructura de personalidad con rasgos de rigidez cognitiva y desregulación emocional. Los Esquemas Precoces Desadaptativos son dimensiones persistentes y estables de la personalidad que se resisten significativamente al cambio. “En pacientes con patologías crónicas, estos esquemas funcionan como verdaderas

verdades a priori, distorsionando la percepción de la realidad y generando una rigidez cognitiva que bloquea la eficacia de las intervenciones terapéuticas estándar" (Young et al., 2003). Aquí es donde los Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD) cobran un valor diagnóstico fundamental. Al ser estructuras estables y resistentes, los EPD actúan como un "ruido de fondo" que sabotea los intentos de cambio conductual. Si la terapéutica no identifica que detrás de la compulsión existe, por ejemplo, un esquema de Abandono o de Privación Emocional, cualquier intervención basada únicamente en la voluntad será insuficiente. Investigar esta relación permite pasar de una clínica del síntoma a una clínica de la estructura.

En los centros de tratamiento de la provincia de Buenos Aires, como la Institución "Nunca más solos" donde el 75% de los pacientes tienen más de 2 internaciones previas, se observa un predominio de pacientes con consumo crónico que presentan múltiples ingresos y egresos con altas tasas de recaída. Esta cronicidad sugiere que los modelos de tratamiento centrados únicamente en la desintoxicación y la modificación de conducta superficial son insuficientes. En éstos pacientes crónicos institucionalizados, la existencia de esquemas hiper-rígidos han sido reforzados por años de fracasos terapéuticos y por el propio ambiente de la institución. Existe una necesidad imperante de investigar los factores de personalidad y las estructuras cognitivas subyacentes que actúan como "motores" del consumo.

Desde una perspectiva teórica y técnica, existe una necesidad significativa en la producción de evidencia local que vincule la Terapia de Esquemas con los niveles de gravedad del consumo. Si bien el modelo de Jeffrey Young ha demostrado una eficacia superior en trastornos de personalidad y cuadros resistentes, su aplicación sistemática en el campo de las adicciones en Argentina aún se encuentra en etapas de desarrollo. Esta investigación se justifica, por tanto, como un aporte original que busca validar empíricamente la utilidad de este enfoque en dispositivos de internación. Al establecer una correlación entre la severidad de la adicción (medida por el DAST-10) y la rigidez de los esquemas (medida por el YSQ), se proporciona una base científica para el diseño de protocolos de tratamiento más específicos y eficaces.

Finalmente, el impacto social y clínico de este trabajo radica en su potencial de transferencia, puesto que, los resultados no pretenden quedar en el plano teórico, sino que buscan brindar una herramienta técnica para los equipos interdisciplinarios. Comprender que a mayor gravedad de consumo existe una configuración específica de esquemas permitirá a psicólogos y psiquiatras anticipar resistencias, reducir el riesgo de deserción y, fundamentalmente, trabajar sobre la vulnerabilidad cognitiva que dispara las recaídas. En última instancia, esta tesina se propone como un puente entre la teoría cognitiva avanzada y la práctica asistencial cotidiana, buscando mejorar la calidad de vida de los pacientes y la eficiencia de los recursos destinados al tratamiento de las adicciones en nuestro país.

6. Estado del Arte

La relación entre los Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD) y los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS) ha sido objeto de creciente interés en la última década, desplazando el foco desde la conducta observable hacia las estructuras de personalidad subyacentes.

Antecedentes Internacionales

Las investigaciones pioneras de Shorey, Stuart y Anderson (2012) en Estados Unidos marcaron un hito al correlacionar directamente la severidad de la dependencia con la cantidad de esquemas activos. En un estudio realizado con pacientes varones en tratamiento residencial, estos autores hallaron que los esquemas pertenecientes al dominio de Desconexión y Rechazo (específicamente Abandono, Desconfianza/Abuso y Privación Emocional) no sólo eran más prevalentes en consumidores de sustancias que en la población general, sino que su intensidad permitía predecir los niveles de gravedad del consumo medidos a través de escalas clínicas. Posteriormente, Shorey et al. (2014) ampliaron estos hallazgos, demostrando que los Esquemas Precoces Desadaptativos median la relación entre el trauma infantil y los problemas por uso de sustancias en la adultez, proporcionando evidencia empírica al postulado de Young sobre el origen temprano de estas estructuras.

En el contexto europeo, las investigaciones han puesto el foco en los mecanismos de autorregulación. Brummett (2017) ha profundizado en el esquema de Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente, señalando que este actúa como un "predictor universal" de recaídas. Según Brummett, mientras que los esquemas de desconexión generan el malestar emocional que dispara el deseo de consumo (el craving), el esquema de autocontrol insuficiente es el que impide al sujeto frenar el impulso, funcionando como el eslabón final hacia la acción desadaptativa. Asimismo, estudios en el Reino Unido realizados por Brotchie et al. (2004) vincularon los esquemas con los estilos de apego, sugiriendo que el consumo de drogas actúa como un sustituto del vínculo afectivo seguro que el paciente no logró consolidar en la infancia debido a la activación de esquemas de Inestabilidad.

Antecedentes Regionales (Latinoamérica)

En el contexto latinoamericano, se destacan los trabajos realizados en Colombia y Chile cómo las investigaciones lideradas por Londoño et al. (2012) en población universitaria y clínica evidenciaron que los esquemas de Privación Emocional e Imperfección actúan como

factores de vulnerabilidad cognitiva que preceden al consumo problemático de alcohol y drogas, funcionando la sustancia como un anestésico emocional. En Chile, estudios recientes han validado que los pacientes con mayor cronicidad presentan una configuración de esquemas más rígida, lo que dificulta el éxito de las intervenciones cognitivo-conductuales clásicas si no se aborda el nivel esquemático.

Antecedentes Nacionales (Argentina)

En la República Argentina, la producción científica ha mostrado un crecimiento sostenido, adaptando los instrumentos de Young a la población local. Chattás (2018) ha sido una de las voces referentes al explorar la manifestación de los Esquemas Precoces Desadaptativos en pacientes institucionalizados. Su propuesta teórica sostiene que el consumo crónico es una forma de "evitación del esquema": el sujeto consume no para sentir placer, sino para no sentir el dolor insoportable que produce la activación de esquemas nucleares.

Por otro lado, equipos de investigación de la Universidad Nacional de Mar del Plata y autores vinculados a los trabajos de Casullo (2005) han validado el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ) en población argentina, confirmando su robustez psicométrica. Estos estudios han hallado una alta prevalencia de los dominios de Autonomía y Desempeño Deteriorados en pacientes crónicos de centros urbanos como Buenos Aires. La presencia de esquemas como Fracaso y Dependencia en estos pacientes sugiere que el consumo también cumple una función de "automedicación" frente a la percepción de incompetencia vital, un factor crítico en el perfil del paciente internado en instituciones como el Centro de Tratamiento "Nunca más solos".

Síntesis y Espacios De Investigación

Al revisar la bibliografía actual, se pueden observar tres consensos científicos:

1. *Correlación Directa*: Existe una correlación positiva entre la cantidad de esquemas activos y la gravedad de la adicción.
2. *El Consumo como Evitación*: El consumo de sustancias es interpretado mayoritariamente como un "proceso de evitación de esquema", donde el sujeto busca silenciar el afecto negativo que el esquema produce.
3. *Limitación de los Modelos Clásicos*: La cronicidad del consumo está vinculada a la rigidez de los esquemas, lo que justifica la necesidad de intervenciones que apunten a la reparentalidad limitada y al cambio estructural (Young et al., 2013).

A pesar de estos avances, se necesita una mayor cantidad de trabajos y más investigación local sobre cómo esta relación se manifiesta específicamente en dispositivos de internación cerrados en la provincia de Buenos Aires. La presente investigación pretende llenar

ese vacío, proporcionando datos empíricos que vinculen la gravedad medida por el DAST-10 con el perfil esquemático medido por el YSQ-L2 en pacientes argentinos de la Provincia de Buenos Aires.

7. Marco Teórico

Los Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD)

Young, Klosko y Weishaar (2013) definen los Esquemas Precoces Desadaptativos como patrones emocionales y cognitivos autoderrotistas que se originan durante la infancia o adolescencia y se desarrollan a lo largo de la vida. Estas estructuras actúan como “filtros o lentes” que distorsionan, a través de los cuales el individuo procesa la información, percibiendo el mundo y a sí mismo de manera disfuncional. Un aspecto crítico es que los EPD son apriorísticos: el sujeto no cuestiona su validez, sino que los acepta como verdades absolutas.

Necesidades Emocionales Nucleares e Hipótesis del Origen

La génesis de un Esquema Precoz Desadaptativo no es aleatoria; ocurre cuando el entorno temprano del niño falla sistemáticamente en satisfacer una o más Necesidades Emocionales Nucleares. Existen cinco necesidades básicas que deben ser satisfechas en la infancia (Young, 2003):

1. Apego seguro (seguridad, estabilidad, afecto y aceptación).
2. Autonomía, competencia y sentido de identidad.
3. Libertad para expresar necesidades y emociones válidas.
4. Espontaneidad y juego.
5. Límites realistas y autocontrol.

Cuando estas necesidades se ven frustradas por experiencias tóxicas o temperamentos vulnerables, se consolidan los esquemas que, en la adultez, predisponen al consumo de sustancias como un intento de compensar o silenciar dicha carencia primaria.

Organización por Dominios y su Relación con la Adicción

Los 15 esquemas se organizan en cinco dominios que representan la frustración de la necesidad emocional básica que fue vulnerada (Young, 1999/2013), a saber:

Dominio I: Desconexión y Rechazo

Es el dominio más relacionado con los traumas tempranos y suele ser muy prevalente en adicciones severas. Refleja la expectativa de que las necesidades de seguridad, aceptación y respeto no serán satisfechas.

1. **Privación Emocional:** Sensación de que el deseo de afecto y protección nunca será cubierto.
2. **Abandono/Inestabilidad:** Creencia de que los demás son inestables y te dejarán solo.
3. **Desconfianza/Abuso:** Expectativa de que los otros se aprovecharán o te lastimarán.
4. **Aislamiento Social/Alienación:** Sensación de ser diferente a los demás y no pertenecer a ningún grupo.
5. **Imperfección/Vergüenza:** Sentimiento de ser defectuoso, malo o no valioso para ser amado.

Dominio II: Autonomía y Desempeño Deteriorados

Involucra la incapacidad percibida para funcionar de manera independiente o sobrevivir solo.

6. **Dependencia/Incompetencia:** Creencia de ser incapaz de manejar las responsabilidades diarias.
7. **Vulnerabilidad al Daño o la Enfermedad:** Miedo exagerado a que ocurra una catástrofe inminente.
8. **Apego Confuso/Yo Inmaduro:** Excesiva cercanía emocional con figuras de autoridad, impidiendo el desarrollo de la identidad propia.
9. **Fracaso:** Creencia de que uno es y será inevitablemente un fracaso en comparación con los demás.

Dominio III: Límites Deficitarios

Este dominio es clave en el estudio del DAST-10, pues se vincula directamente con la impulsividad.

10. **Grandiosidad/Merecimiento:** Creencia de ser superior y tener derechos especiales.
11. **Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente:** Dificultad para ejercer el control personal y la tolerancia a la frustración para lograr metas o evitar el consumo.

Dominio IV: Tendencia hacia el Otro

Priorizar las necesidades ajenas para ganar aprobación o evitar represalias, descuidando las propias.

12. **Sometimiento:** Entrega del control a otros para evitar la ira o el abandono.
13. **Auto-sacrificio:** Enfoque excesivo y voluntario en satisfacer a los demás a costa de uno mismo.

Dominio V: Sobrevigilancia e Inhibición

Énfasis en reprimir los impulsos espontáneos para cumplir con reglas rígidas y evitar errores.

14. **Inhibición Emocional:** Restricción excesiva de las emociones (ira, alegría) por miedo a la desaprobación.
15. **Estándares inflexibles/Hipercriticismo:** Creencia de que uno debe esforzarse por alcanzar niveles muy altos de desempeño para evitar críticas.

Estilos de Afrontamiento Desadaptativos y Consumo

Para que la investigación sea completa, se debe explicar cómo el esquema se traduce en conducta. Young postula que el individuo no solo posee el esquema, sino que desarrolla estrategias para gestionarlo (Young, 1999):

- **Rendición al Esquema:** El sujeto actúa como si el esquema fuera cierto. Si tiene un esquema de Fracaso, consume para confirmar que "no sirve para nada", perpetuando su rol de enfermo crónico.
- **Evitación del Esquema:** Es el estilo más vinculado al consumo crónico. El individuo utiliza la sustancia como un bloqueador emocional (evitación experiencial) para no sentir la angustia que surge cuando el esquema es activado por el ambiente.
- **Sobrecompensación:** El sujeto actúa de forma opuesta al esquema. Si se siente inferior (esquema de Imperfección), el consumo de ciertas sustancias (como estimulantes) le otorga una sensación de omnipotencia y éxito ilusorio.

Desde la perspectiva de la Terapia de Esquemas, el consumo de sustancias no se interpreta como una conducta aleatoria, sino como una respuesta funcional frente al malestar psíquico generado por las estructuras cognitivas profundas. En este sentido, el comportamiento adictivo se consolida como una estrategia de afrontamiento desadaptativa orientada a gestionar

el dolor emocional derivado de las necesidades nucleares insatisfechas, por lo que el modelo de Young quizá permitiría comprender mejor la gravedad del consumo en el Centro “Nunca más solos” ya no como un problema de debilidad en la voluntad, sino como una estructura defensiva ante el dolor psíquico.

Dimensiones Psicofarmacológicas y su Función en la Economía del Esquema

Para comprender la relación entre las estructuras cognitivas profundas y la gravedad de la adicción, resulta imperativo caracterizar las sustancias psicoactivas predominantes en la muestra. Desde la Terapia de Esquemas, el consumo no se reduce a una búsqueda de placer hedonista, sino que se interpreta como un intento de autorregulación afectiva. Cada sustancia posee propiedades farmacodinámicas que el sujeto utiliza, de manera inconsciente, para gestionar la activación de sus Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD).

En este sentido, la elección de la droga y la cronicidad del consumo suelen estar determinadas por la "función" que la sustancia cumple frente al dolor psíquico: ya sea anestesiando un esquema de Abandono, compensando un sentimiento de Imperfección o permitiendo la evitación de un entorno percibido como hostil. A continuación, se describen las sustancias de mayor incidencia en el Centro NUMAS, analizando su impacto en la salud mental y su vinculación con los modos de afrontamiento desadaptativos.

Caracterización de las Sustancias de Mayor Impacto Clínico

Dado que éste trabajo se desarrolla en el contexto de los pacientes crónicos del Centro “Nunca más solos”, es fundamental proponer, dentro del marco teórico, una breve caracterización de las sustancias que predominan en los perfiles de policonsumo, entendiendo su impacto tanto en el sistema nervioso como en la salud mental.

Alcohol

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC) que actúa principalmente sobre el sistema neurotransmisor GABA. Es la sustancia de mayor consumo y aceptación social en Argentina, con una prevalencia de vida superior al 84% (SEDRONAR, 2023).

Su consumo crónico se vincula estrechamente con cuadros de depresión, ansiedad y deterioro cognitivo. Desde la Terapia de Esquemas, se señala que el alcohol suele ser utilizado como un mecanismo de evitación experiencial para silenciar estados de angustia extrema vinculados a esquemas de Abandono o Imperfección. Su alta toxicidad orgánica y su capacidad

de generar dependencia física severa complican los procesos de internación (Young et al., 2003).

Marihuana (Cannabis)

Aunque frecuentemente percibida como una sustancia de bajo riesgo, el cannabis actúa sobre el sistema endocannabinoide, alterando la percepción, la memoria y el afecto. Puede actuar como depresor, alucinógeno suave o estimulante según la cepa y el organismo (Volkow et al., 2016).

Actualmente, existe una creciente preocupación por el "Síndrome Amotivacional" y el riesgo de brotes psicóticos en sujetos vulnerables. En pacientes con esquemas del dominio de Desconexión y Rechazo, la marihuana suele parecer funcionar como un refugio de aislamiento confortable, permitiendo al sujeto desconectarse de las demandas de un entorno que percibe como hostil o exigente (Young et al., 2003).

Cocaína

Se clasifica como un estimulante mayor del SNC, cuyo mecanismo principal es el bloqueo de la recaptación de dopamina, norepinefrina y serotonina. Esto genera un estado de euforia, hipervigilancia y omnipotencia transitoria (Stahl, 2021).

La cocaína es una de las sustancias más asociadas a las patologías duales, exacerbando rasgos de personalidad impulsivos o paranoides (UNODC, 2023). En términos de esquemas, se observa que suele utilizarse como una estrategia de sobrecompensación: el paciente recurre a ella para contrarrestar sentimientos profundos de Fracaso o Incompetencia, buscando una sensación ilusoria de poder y control que desaparece abruptamente, profundizando el ciclo de autodestrucción (Young et al., 2003).

Pasta Base de Cocaína (PBC / "Paco")

La Pasta Base de Cocaína es un producto intermedio en el proceso de refinamiento del clorhidrato de cocaína, que contiene residuos de solventes químicos (como ácido sulfúrico, queroseno o amoníaco) y suele estar altamente adulterada. Su vía de administración es la inhalación (fumada), lo que provoca que el principio activo llegue al cerebro en pocos segundos, produciendo un efecto intenso pero extremadamente breve (entre 2 y 5 minutos). Esta brevedad genera un patrón de consumo compulsivo en "atracones" (binge), donde el usuario busca evitar el "bajón" o crash caracterizado por una disforia profunda, angustia y agresividad (SEDRONAR, 2024/2025).

Es una de las sustancias con mayor poder adictivo y mayor capacidad de generar deterioro neurocognitivo y orgánico en corto tiempo. En pacientes crónicos, el consumo de PBC está íntimamente ligado al Dominio I (Desconexión y Rechazo). El sujeto suele encontrarse en un estado de marginalidad afectiva y social, donde la sustancia actúa como un mecanismo de aniquilación del sentido de sí mismo. La literatura clínica asocia este consumo con esquemas de Aislamiento Social y Defectuosidad, donde el "Paco" funciona como una respuesta desesperada ante una realidad percibida como carente de toda esperanza o valor personal (Young et al., 2003).

Integración en la Problemática Actual

Como señala el último informe de la ENCoPraC (2023), la problemática actual no reside solo en el uso de una sustancia aislada, sino en el fenómeno del policonsumo. Esta combinación de sustancias potencia la desregulación emocional y la rigidez de los Esquemas Precoces Desadaptativos, haciendo que los cuadros clínicos sean más resistentes al tratamiento y requieran dispositivos de internación de alta complejidad, como el propuesto en esta investigación.

La Gravedad del Consumo: De la Frecuencia a la Complejidad Clínica

En el ámbito de las drogodependencias, el concepto de "gravedad" ha evolucionado desde una visión centrada exclusivamente en la cantidad de sustancia ingerida hacia una perspectiva multidimensional. Según el DSM-5 (APA, 2013), la severidad de un Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) se determina por el número de criterios diagnósticos presentes, reflejando el grado de interferencia de la adicción en las esferas biológica, psicológica y social del individuo.

El constructo de Severidad en el Paciente Crónico

Para un paciente institucionalizado en un Centro de Tratamiento como "Nunca más solos", la gravedad no solo se manifiesta en la urgencia del consumo, sino en la erosión de los mecanismos de autorregulación. La literatura científica vincula los niveles altos de gravedad con una mayor presencia de esquemas del dominio de Límites Insuficientes y una marcada deficiencia en la capacidad de autodisciplina (Young et al., 2003), en especial:

- **Deterioro de las funciones ejecutivas:** Dificultad para la toma de decisiones y el control de impulsos.

- **Cronicidad y Recidiva:** Historiales de múltiples fracasos terapéuticos y re-internaciones.
- **Impacto Biopsicosocial:** Desmoronamiento de la red de apoyo familiar, pérdida de inserción laboral y compromiso de la salud física.

El Modelo de la Terapia de Esquemas de Jeffrey Young

La Terapia de Esquemas (TE) constituye un modelo psicoterapéutico integrador que expande la Terapia Cognitivo-Comportamental clásica al incorporar elementos de la teoría del apego, la Gestalt y el modelo de relaciones objetales. El postulado fundamental de Young (1999) es que las psicopatologías crónicas, como los trastornos por consumo de sustancias, no son meros conjuntos de síntomas, sino manifestaciones de estructuras caracterológicas profundas.

8. Objetivos

9.1 Objetivo General

Determinar la relación estadística y clínica existente entre los Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD) y los niveles de gravedad del consumo de sustancias en pacientes con cuadros de dependencia crónica, institucionalizados bajo régimen de internación en el Centro de Tratamiento “Nunca más solos”.

9.2 Objetivos Específicos

Para dar cumplimiento al objetivo general, se proponen las siguientes metas intermedias:

1. Caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra, relevando variables como edad, tiempo de permanencia en el dispositivo de internación, tipo de sustancia de preferencia y cantidad de tratamientos previos, a fin de contextualizar los resultados obtenidos.
2. Identificar y describir la prevalencia de los Esquemas Precoces Desadaptativos presentes en los sujetos de estudio mediante la aplicación del Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2), describiendo cuáles presentan puntuaciones clínicamente significativas y una mayor incidencia en la población.

3. Categorizar los niveles de gravedad del consumo de sustancias psicoactivas mediante el Test de Screening de Abuso de Drogas (DAST-10), clasificando a los participantes según su grado de compromiso: leve, moderado, sustancial o severo.
4. Analizar la existencia de diferencias significativas en la configuración de los esquemas desadaptativos al contrastar los distintos grupos de gravedad obtenidos en el DAST-10, verificando si a mayor severidad del consumo se observa una mayor rigidez y cantidad de esquemas activos.
5. Establecer la correlación estadística entre las puntuaciones de los dominios de esquemas del YSQ-L2 y la puntuación total del DAST-10, con el fin de verificar la vinculación entre la rigidez cognitiva y la severidad de la adicción.

9. Hipótesis

9.1 Hipótesis General

Existe una correlación lineal positiva y estadísticamente significativa entre la intensidad de los Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD) y el índice de gravedad del consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes crónicos internados en el Centro de Tratamiento "Nunca más solos". Se postula que la severidad de la adicción, cuantificada mediante el instrumento DAST-10, es directamente proporcional a la rigidez cognitiva y a la elevación de las puntuaciones en los dominios esquemáticos del cuestionario YSQ-L2.

9.2 Hipótesis Específicas

1. **Relación con el déficit de autorregulación e impulsividad:** Los pacientes que alcancen un nivel de gravedad "Severo" o "Sustancial" en el test DAST-10 presentarán puntuaciones significativamente más elevadas en el Dominio III (Límites Deficitarios o Insuficientes), específicamente en los esquemas de *Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente*, en comparación con aquellos pacientes situados en los niveles "Moderado" o "Leve". Se asume que el déficit en la capacidad de postergación de la gratificación es un componente nuclear de la severidad del cuadro clínico.
2. **Relación con la Historia Vincular y cronicidad:** Los esquemas pertenecientes al Dominio I (Desconexión y Rechazo), con especial énfasis en Abandono/Inestabilidad y Privación Emocional, y el Dominio III (Límites Deficitarios o Insuficientes), específicamente en los esquemas de *Grandiosidad/Merecimiento* y *Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente* mostrarán una correlación positiva más fuerte

con el tiempo de evolución de la adicción y la cantidad de internaciones previas. Esto sugiere que el consumo de sustancias se consolida como una estrategia de evitación emocional ante el afecto negativo derivado de necesidades de apego no satisfechas y el posterior “dolor vincular”.

3. **Capacidad predictiva de esquemas específicos:** Ciertas configuraciones esquemáticas actúan como predictores de la gravedad del consumo. Se hipotetiza que los esquemas de Imperfección/Vergüenza, Vulnerabilidad al Daño o la Enfermedad y Límites Insuficientes presentarán los coeficientes de correlación más altos con la puntuación total del DAST-10, indicando que el consumo funciona como un mecanismo paliativo ante la percepción de fragilidad y el sentimiento de no ser valioso
4. **Diferenciación por Dominios de Afrontamiento:** Los sujetos que presentan un perfil de gravedad severa mostrarán una mayor multiplicidad de esquemas activos (perfil poliesquemático) en comparación con los sujetos de gravedad moderada, lo que indicaría una estructura de personalidad más vulnerable y una menor eficacia de los mecanismos de afrontamiento saludables.
5. **Diferenciación por gravedad:** Existen configuraciones de esquemas específicas que actúan como predictores de la gravedad del consumo, siendo el esquema de Imperfección/Vergüenza el que muestra una relación más estrecha con el uso problemático de sustancias como estrategia de afrontamiento.

10. Metodología

Tipo y Alcance de la Investigación

La presente investigación se inscribe en el paradigma cuantitativo. Según el alcance, es un estudio descriptivo-correlacional, dado que busca, en primera instancia, caracterizar la presencia de esquemas y niveles de gravedad, para luego analizar el grado de asociación estadística entre ambas variables.

El diseño es no experimental, ya que se observan los fenómenos en su contexto natural sin manipulación deliberada de las variables. Asimismo, es de corte transversal, puesto que la recolección de los datos se realiza en un único momento temporal (Enero del 2026), lo que permite obtener una "fotografía" del estado cognitivo y clínico de los sujetos al momento de la evaluación.

Población y Muestra

Población

Pacientes adultos con diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) según criterios del DSM-5, bajo modalidad de internación en comunidades terapéuticas o centros especializados en la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Muestra

Se conformará una muestra no probabilística por conveniencia, integrada por 25 sujetos internados en el Centro de Tratamiento “Nunca más solos”.

Criterios de Inclusión

Hombres mayores de 16 años con diagnóstico de consumo crónico de sustancias psicoactivas. Haber superado el periodo de desintoxicación inicial (mínimo 15 días de abstinencia) para garantizar que los procesos cognitivos y de atención no estén alterados por el síndrome de abstinencia agudo, a fin de asegurar la validez de las respuestas. Aceptar voluntariamente la participación mediante la firma del Consentimiento Informado.

Criterios de Exclusión

Presencia de cuadros de psicosis activa o deterioro cognitivo severo que impida la comprensión de los ítems de los tests. Pacientes en estado de intoxicación aguda al momento de la entrevista o con menos de 15 días de abstinencia.

Instrumentos de Recolección de Datos

Se utilizará una batería psicométrica integrada por:

1. **Ficha de Datos Sociodemográficos y Clínicos:** Instrumento diseñado ad hoc para relevar variables de control: edad, nivel de instrucción, situación laboral, tipo de sustancia de preferencia, edad de inicio y número de internaciones previas.
2. **Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2):** Si bien ya existe la versión YSQ-L3 ampliada a 18 Esquemas (Young et. al, 2013), no existe baremación para medir los resultados en Argentina, por ello, para la interpretación de los resultados, se utilizará la baremación colombiana establecida por la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (Londoño et al., 2008), la cual permite una caracterización psicológica estandarizada de la muestra. La misma consta de ítems que evalúan los 15 Esquemas Precoces Desadaptativos mediante una escala tipo Likert de 6 puntos (desde

"completamente falso de mí" hasta "me describe perfectamente") y permite agrupar los resultados en los 5 Dominios propuestos por la Terapia de Esquemas.

3. **Drug Abuse Screening Test (DAST-10):** Versión breve de 10 ítems con formato de respuesta dicotómica (Sí/No). Este instrumento es ampliamente utilizado por su alta sensibilidad para discriminar la gravedad de la adicción. La puntuación final clasifica al sujeto en cuatro niveles: Bajo (0), Moderado (1-2), Sustancial (3-5) y Severo (6 o más).

Procedimiento

El proceso se llevará a cabo siguiendo los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) y la Declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos.

Fase 1

Gestión y Ética: Obtención del aval institucional del Centro de Tratamiento “Nunca más Sólitos”. Se informará a los pacientes sobre el carácter anónimo de los datos y voluntario del estudio, así como el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte su tratamiento. Se firma el consentimiento informado.

Fase 2

Administración: Las evaluaciones serán presenciales e individuales, supervisadas por el investigador para despejar dudas semánticas. Se prestará especial atención a la fatiga del paciente dado que el YSQ-L3 es un test extenso. La administración de los tests se realizará de forma individual en un espacio físico que garantice la privacidad, con una duración estimada de 40 a 60 minutos por participante.

Fase 3

Análisis de datos y Procesamiento Estadístico: Los datos serán volcados en una matriz de Excel. Se realizarán:

- **Estadística Descriptiva:** Medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar) para las variables sociodemográficas y de esquemas.
- **Estadística Inferencial:** Para el análisis de los datos, los puntajes brutos se transformarán en puntuaciones estandarizadas (Z-scores) utilizando la baremación de Londoño et al. (2008). Esto permitirá normalizar las respuestas de los sujetos para comparar los niveles de gravedad. Posteriormente, para verificar la hipótesis y

establecer la fuerza de asociación entre las variables, se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson (o Spearman si los datos no presentan una distribución normal)

11. Resultados

11.1 Descripción Sociodemográfica

En éste apartado se presentan los resultados generales recogidos mediante la implementación del Cuestionario Sociodemográfico, a fin de brindar al lector una caracterización de corte transversal que permitirá conocer a la muestra de pacientes de la población del Centro de Tratamiento “Nunca más solos” que participaron del presente estudio (Fig.1).

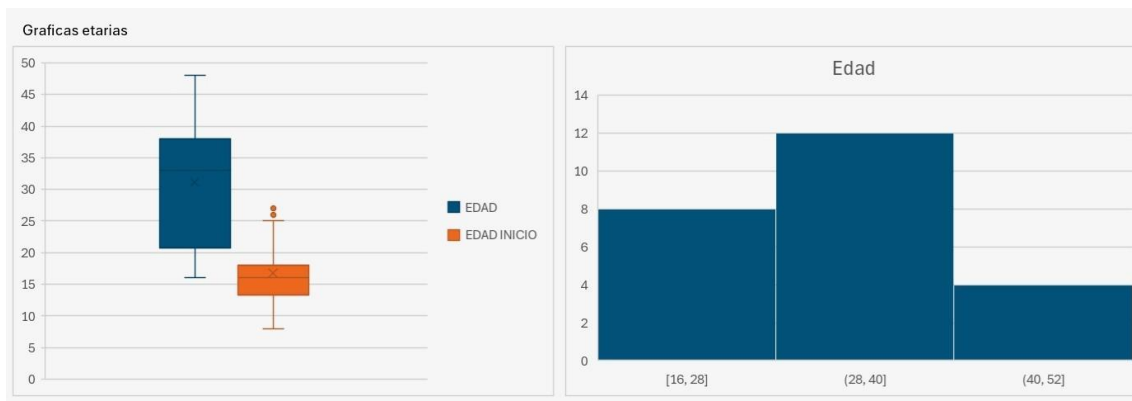
Figura 1 (Datos Sociodemográficos)

SUJETO	EDAD	GÉNERO	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	SUSTANCIA 1	SUSTANCIA 2	EDAD INICIO	TIEMPO CONSUMO	CANT. TRAT.	DÍAS ABSTINENCIA	VIVIA	EMPLEO
1	35	Masculino	Divorciado	Terciario Completo	Cocaína	Alcohol	16	18	1	24	Pareja e hijos	Formal
2	16	Masculino	Soltero	Primario Incompleto	Cocaína	Marihuana	8	8	1	37	Sit. Calle	Desempleado
3	35	Masculino	Soltero	Primario Incompleto	Cocaína	Alcohol	24	11	2	18	Solo	Informal
4	26	Masculino	U. Hecho	Secundario Completo	Marihuana	Cocaína	17	9	1	16	Familia	Desempleado
5	18	Masculino	Soltero	Secundario Incompleto	Alcohol	/	12	5	1	170	Familia	Desempleado
6	16	Masculino	Soltero	Primario Completo	Psicofármacos	Marihuana	13	2	1	61	Familia	Informal
7	17	Masculino	Soltero	Primario Completo	Marihuana	Clonazepam	12	5	1	188	Familia	Desempleado
8	32	Masculino	Soltero	Secundario Completo	Cocaína	Marihuana	16	16	4	384	Solo	Desempleado
9	33	Masculino	Casado	Secundario Completo	Cocaína	Marihuana	15	10	1	407	Solo	Formal
10	32	Masculino	Casado	Secundario Completo	Cocaína	Marihuana	25	7	1	46	Pareja e hijos	Formal
11	45	Masculino	Divorciado	Secundario Incompleto	Cocaína	Alcohol	15	30	7	330	Familia	Informal
12	37	Masculino	Soltero	Terciario Incompleto	Pasta Base	Alcohol	17	20	2	180	Familia	Desempleado
13	29	Masculino	Soltero	Secundario Completo	Marihuana	Alcohol	25	4	1	96	Pareja e hijos	Formal
14	42	Masculino	Soltero	Primario Completo	Cocaína	Alcohol	27	12	1	240	Familia	Desempleado
15	26	Masculino	Soltero	Primario Incompleto	Cocaína	Marihuana	16	10	1	19	Familia	Informal
16	40	Masculino	Soltero	Secundario Incompleto	Alcohol	/	26	3	1	115	Familia	Formal
17	48	Masculino	U. Hecho	Secundario Incompleto	Cocaína	Alcohol	18	29	1	60	Pareja e hijos	Formal
18	16	Masculino	Soltero	Primario Incompleto	Marihuana	Alcohol	9	6	2	27	Familia	Desempleado
19	38	Masculino	Soltero	Secundario Completo	Cocaína	/	18	20	1	281	Solo	Desempleado
10	38	Masculino	Soltero	Secundario Incompleto	Cocaína	Marihuana	18	12	2	43	Familia	Informal
21	35	Masculino	Soltero	Terciario Completo	Cocaína	Alcohol	15	19	4	180	Familia	Formal
22	19	Masculino	U. Hecho	Primario Incompleto	Cocaína	Alcohol	14	5	5	16	Pareja e hijos	Desempleado
23	16	Masculino	Soltero	Primario Completo	Conazepam	Marihuana	11	5	1	82	Familia	Desempleado
24	33	Masculino	Soltero	Primario Completo	Cocaína	Marihuana	14	13	4	550	Pareja e hijos	Formal
25	42	Masculino	U. Hecho	Secundario Completo	Marihuana	Cocaína	13	25	1	1522	Familia	Informal

Nota. Elaboración propia basada en el relevamiento de entrevistas a pacientes del Centro de Tratamiento “Nunca más solos”. La matriz sistematiza de forma integral los perfiles de 25 sujetos, contemplando variables sociodemográficas, niveles de instrucción, patrones de policonsumo y cronicidad de la patología.

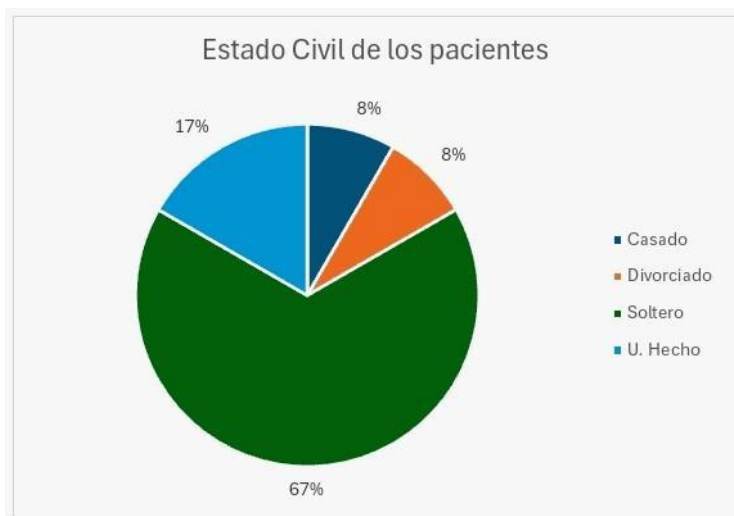
La muestra está compuesta por 25 sujetos, todos de género masculino, con una edad promedio de 31,1 años (desvío estándar: 9,9 años; mediana: 33 años). El rango etario abarca desde los 16 hasta los 48 años, reflejando una población predominantemente joven-adulta (Fig.2).

Figura 2 (Gráficas Etarias)



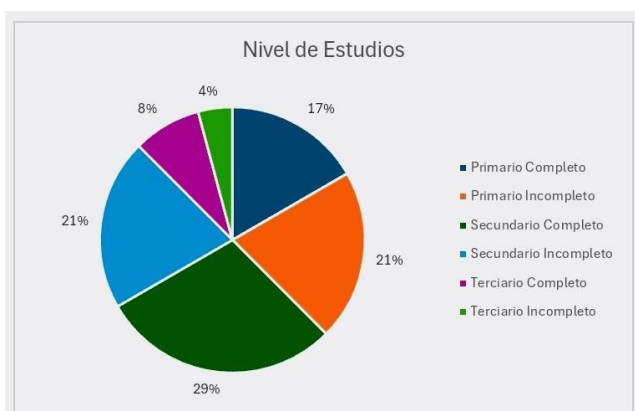
Nota. Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Centro de Tratamiento “Nunca más solos” (n=25). Se presenta la distribución de la edad cronológica actual en comparación con la edad de inicio del consumo, destacando la dispersión y las medidas de tendencia central de la muestra y una tabla que sistematiza variables sociodemográficas, antecedentes de consumo y niveles de cronicidad del tratamiento.

En cuanto al estado civil, la mayoría se identifica como solteros (17), seguidos por quienes están en unión de hecho (4), casados (2) y divorciados (2). Esto indica una prevalencia de sujetos sin vínculos conyugales formales o estables (Fig.3).

Figura 3 (Estado Civil)

Nota. Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos recolectados en el Centro de Tratamiento “Nunca más solos” (n=25). Se describe la composición de la muestra en función del estado civil.

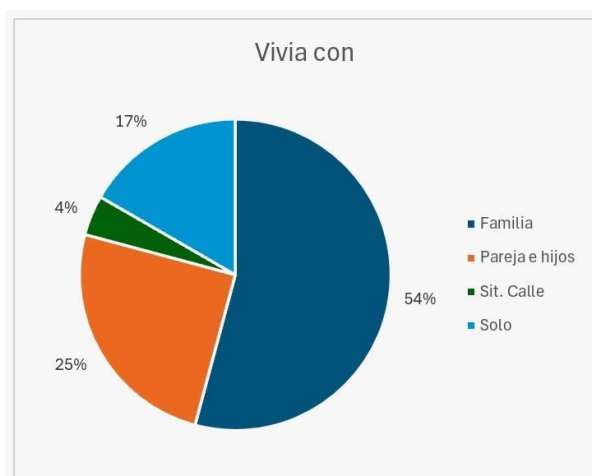
Respecto al nivel educativo, se observa una distribución heterogénea: 6 sujetos poseen instrucción primaria incompleta, 4 primaria completa, 5 secundaria incompleta, 7 secundaria completa, 2 terciario completo y 1 terciario incompleto. Predomina, por tanto, un nivel educativo medio-bajo, con escasa presencia de estudios superiores finalizados (Fig.4).

Figura 4 (Nivel Educativo)

Nota. Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos recolectados en el Centro de Tratamiento “Nunca más solos” (n=25). Se describe la composición de la muestra en función del nivel de estudios.

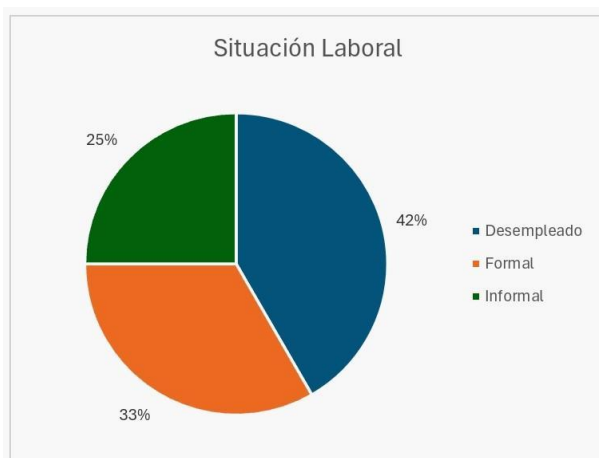
En relación a la convivencia, la mayoría reside con su familia de origen (14 sujetos), mientras que otros conviven con pareja e hijos (6 sujetos), viven solos (4 sujetos), o en situación de calle (1 sujeto). Esto sugiere una tendencia a la dependencia familiar o a estructuras familiares nucleares (Fig.5).

Figura 5 (Convivencia)



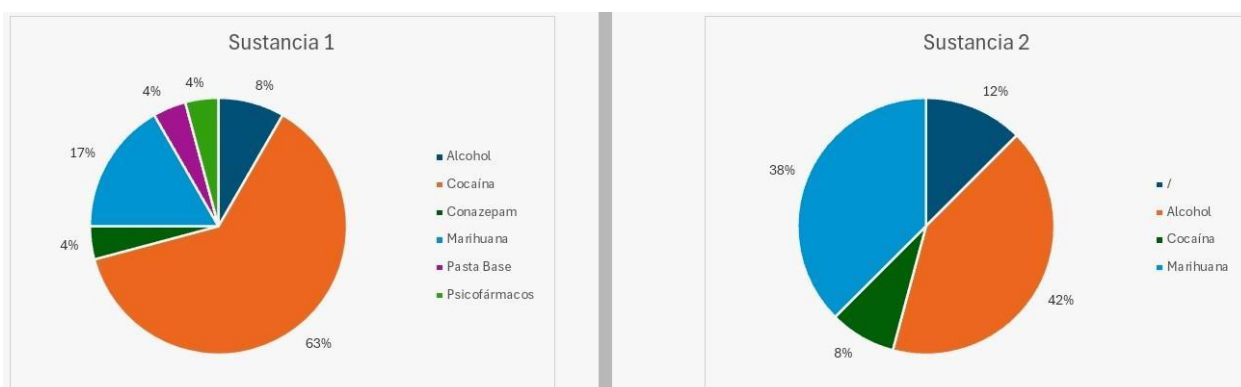
Nota. Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos de la muestra (n=25). Se detalla la distribución porcentual de las variables vinculares y de convivencia de los pacientes institucionalizados en el Centro de Tratamiento “Nunca más solos”.

El empleo formal es minoritario (8 sujetos), siendo más frecuente el desempleo (11) y el empleo informal (6). Esta característica evidencia una situación socioeconómica vulnerable, con alta inestabilidad laboral (Fig.6).

Figura 6 (Empleo)

Nota. Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos de la muestra (n=25). Se detalla la distribución porcentual de las variables situación laboral de los pacientes institucionalizados en el Centro de Tratamiento “Nunca más solos”.

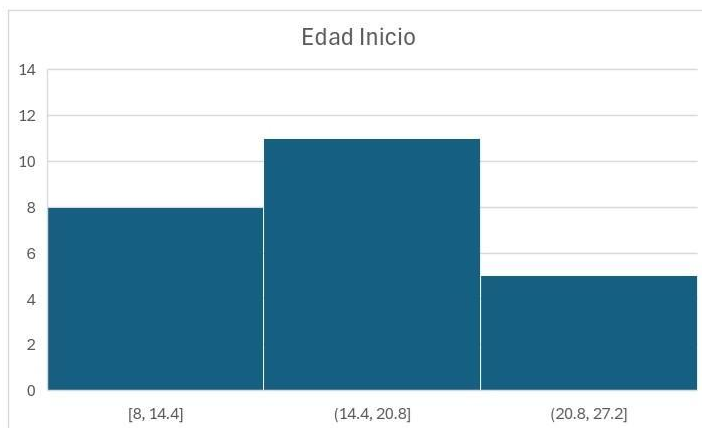
En cuanto al consumo de sustancias, la sustancia principal reportada es la cocaína (15), seguida por marihuana (4), alcohol (2), psicofármacos (1), pasta base (1) y clonazepam (1). Como segunda sustancia, predominan el alcohol y la marihuana (Fig.7).

Figura 7 (Sustancias principales)

Nota. Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos de la muestra (n=25). Se detalla la distribución porcentual de las variables primera y segunda sustancia de consumo de los pacientes institucionalizados en el Centro de Tratamiento “Nunca más solos”.

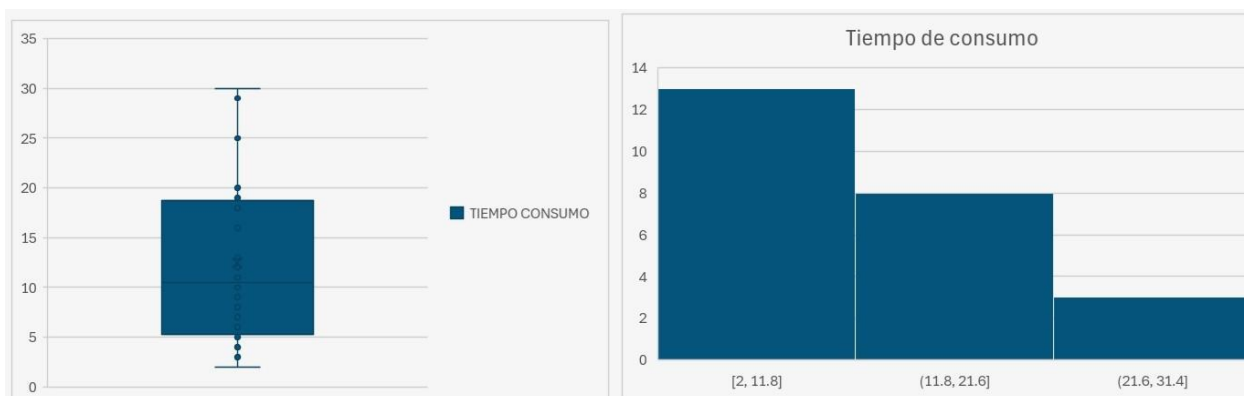
La edad de inicio del consumo promedia los 16,7 años, con un tiempo medio de consumo de 12,5 años (Fig.8 y 9).

Figura 8 (Inicio del consumo)



Nota. Elaboración propia. La figura ilustra la edad de inicio del consumo, destacando la tendencia a la precocidad en el contacto con sustancias de los residentes.

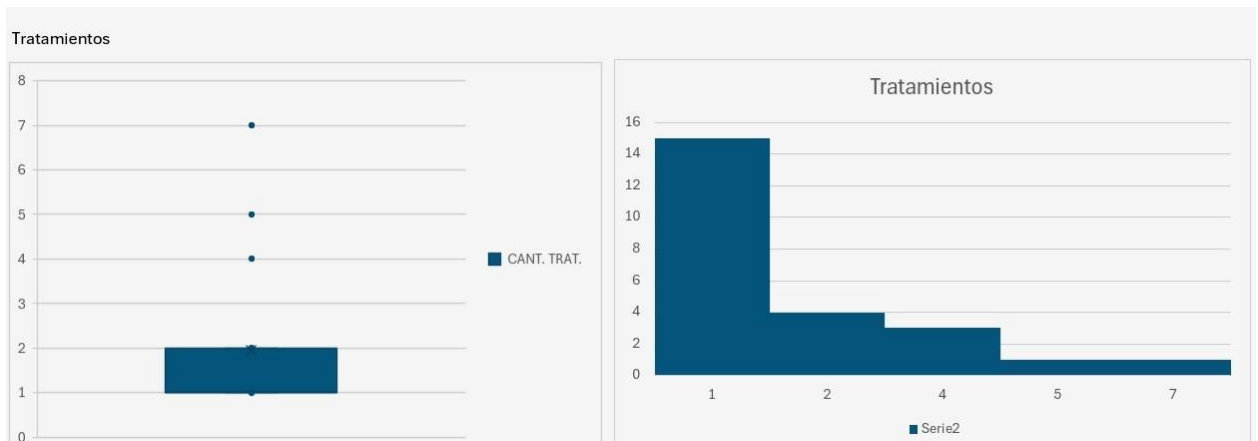
Figura 9 (Tiempo medio de consumo)



Nota. Elaboración propia. La figura ilustra la comparación entre la edad cronológica y la edad de inicio del consumo, destacando la tendencia a la precocidad en el contacto con sustancias y la variabilidad etaria de los residentes.

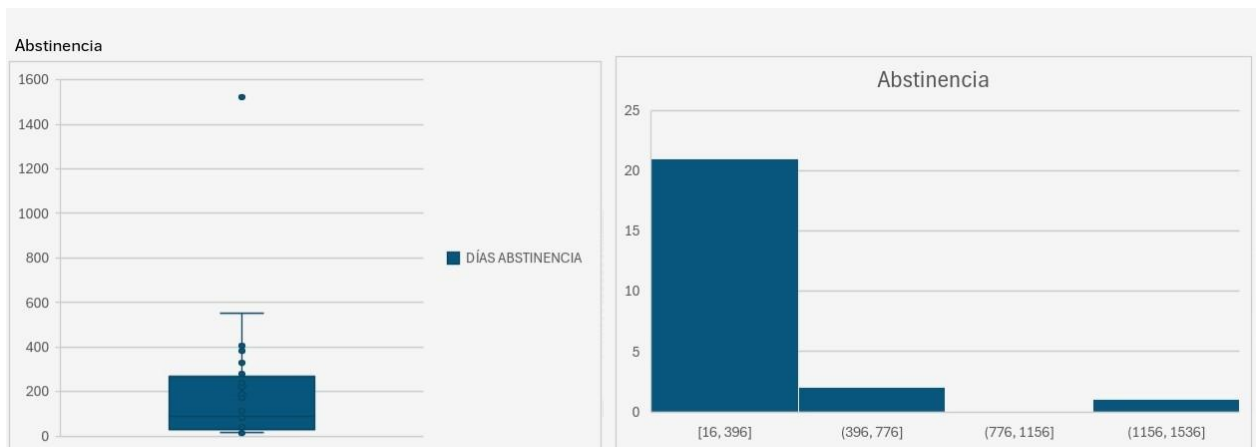
El número promedio de tratamientos previos es de 1,9, y el promedio de días de abstinencia es de 204 días, aunque con una alta dispersión (desvío estándar: 317 días) (Fig.10 y 11).

Figura 10 (Tratamientos Previos)



Nota. Elaboración propia. La matriz sistematiza los perfiles individuales de 25 sujetos masculinos institucionalizados, integrando variable cantidad de tratamientos previos al momento del relevamiento.

Figura 11 (Días de Abstinencia)



Nota: Elaboración propia. La matriz sistematiza los perfiles individuales de 25 sujetos masculinos institucionalizados, integrando variable cantidad de tratamientos previos al momento del relevamiento.

En síntesis, la muestra se caracteriza por estar compuesta por varones jóvenes, mayoritariamente solteros, con bajo nivel educativo, alta prevalencia de desempleo o empleo informal, y antecedentes de consumo problemático de sustancias desde edades tempranas, con trayectorias de consumo prolongadas y múltiples intentos de tratamiento.

11.2 Descripción de DAST-10

En el análisis de los resultados del cuestionario DAST-10, se evaluaron las respuestas de 25 sujetos para determinar el nivel de riesgo asociado al uso de drogas (Fig.12). La media de las puntuaciones obtenidas fue de 8,4, lo que indica un nivel de riesgo sustancial a grave en el uso de drogas entre los participantes. Este valor promedio sugiere que, en general, los sujetos presentan comportamientos y situaciones que podrían estar afectando negativamente su salud y bienestar debido al consumo de sustancias (Fig.12 y 13).

Figura 12 (Datos Relevados)

SUJETO	Preg. 1	Preg. 2	Preg. 3	Preg. 4	Preg. 5	Preg. 6	Preg. 7	Preg. 8	Preg. 9	Preg. 10	PUNTUACIÓN	Nivel de riesgo
1	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	10	Grave
2	sí	sí	no	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	9	Grave
3	sí	no	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	9	Grave
4	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	9	Grave
5	no	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	no	no	5	Moderado
6	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	8	Sustancial
7	sí	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	no	no	6	Sustancial
8	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	9	Grave
9	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	no	sí	sí	9	Grave
10	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	no	sí	sí	9	Grave
11	no	sí	no	no	sí	sí	sí	sí	sí	no	7	Sustancial
12	sí	sí	no	no	sí	sí	sí	sí	sí	no	8	Sustancial
13	sí	sí	no	no	sí	sí	sí	sí	sí	no	8	Sustancial
14	sí	no	no	no	sí	sí	sí	no	sí	no	6	Sustancial
15	no	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	no	6	Sustancial
16	no	no	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	7	Sustancial
17	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	sí	sí	no	7	Sustancial
18	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	10	Grave
19	sí	sí	no	no	sí	sí	sí	sí	sí	no	8	Sustancial
20	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	no	sí	no	8	Sustancial
21	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	10	Grave
22	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	9	Grave
23	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	10	Grave
24	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	9	Grave
25	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	10	Grave

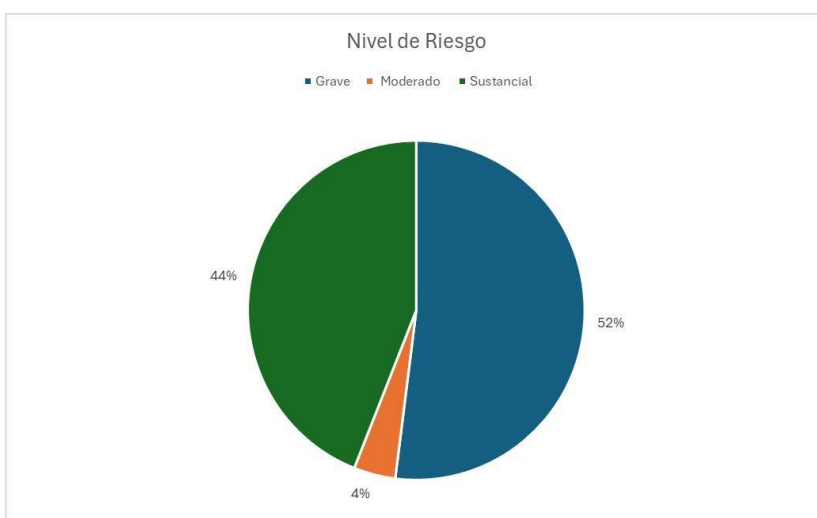
Nota. Elaboración propia a partir de la administración del instrumento DAST-10 a la muestra (n=25). El cuadro detalla la respuesta dicotómica por reactivo, la puntuación total obtenida y la categorización del nivel de riesgo clínico, donde las puntuaciones de 6 a 10 indican un nivel de riesgo sustancial a grave.

Figura 13 (Análisis de Frecuencia N=25)

Nivel de Gravedad	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Grave	13	52%
Sustancial	11	44%
Moderado	1	4%
Total	25	100%

Nota. Elaboración propia a partir de la administración del instrumento DAST-10 a la muestra (n=25). El cuadro detalla la categorización del nivel de riesgo clínico, donde las puntuaciones de 6 a 10 indican un nivel de riesgo sustancial a grave, la puntuación total obtenida y la distribución por porcentaje de la muestra.

A continuación, se presenta la distribución porcentual de los niveles de riesgo identificados en la muestra de estudio (Fig. 14). Como se observa, existe una prevalencia significativa de situaciones críticas, donde más de la mitad de los casos analizados se sitúan en la categoría más alta, lo que permite dimensionar la urgencia de las intervenciones propuestas en los capítulos posteriores."

Figura 14 (Nivel de Riesgo)

Nota: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos mediante el instrumento DAST-10 (n=25). El gráfico ilustra la prevalencia del nivel de riesgo grave (52%) y sustancial (44%) en los sujetos del Centro

de Tratamiento "Nunca más solos", evidenciando que la gran mayoría de la muestra requiere una intervención clínica intensiva por abuso de sustancias.

La dispersión de las puntuaciones, medida a través de la desviación estándar, fue de aproximadamente 1,35. Esta medida de dispersión indica que las puntuaciones individuales de los sujetos varían moderadamente alrededor de la media. En otras palabras, aunque la mayoría de los sujetos obtuvieron puntuaciones cercanas a la media, hubo algunas variaciones que reflejan diferencias en la gravedad del uso de drogas entre los participantes.

Caracterización de la muestra

El 96% de la muestra se ubica en los niveles "Sustancial" y "Grave". Esto indica que casi la totalidad de los sujetos requieren una intervención clínica intensiva.

Es importante destacar que el cuestionario DAST-10 evalúa diversos aspectos del uso de drogas, incluyendo la frecuencia y cantidad de consumo, la capacidad de detener el uso, las consecuencias negativas en la salud y las relaciones interpersonales, y la implicación en actividades ilegales para obtener drogas. Los resultados obtenidos muestran que un número significativo de sujetos presenta un nivel de riesgo grave, lo que subraya la necesidad de intervenciones y programas de apoyo para abordar el uso problemático de sustancias en esta población.

Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar estrategias de prevención y tratamiento para reducir el impacto negativo del uso de drogas en la salud y el bienestar de los individuos evaluados.

11.3 Descripción de Esquemas Precoces Desadaptativos encontrados

Para el análisis de los Esquemas Desadaptativos Tempranos en la muestra de 25 sujetos (N=25), se procedió a calcular la media aritmética de las puntuaciones directas obtenidas en el cuestionario YSQ-L2 en su versión abreviada de 45 ítems.

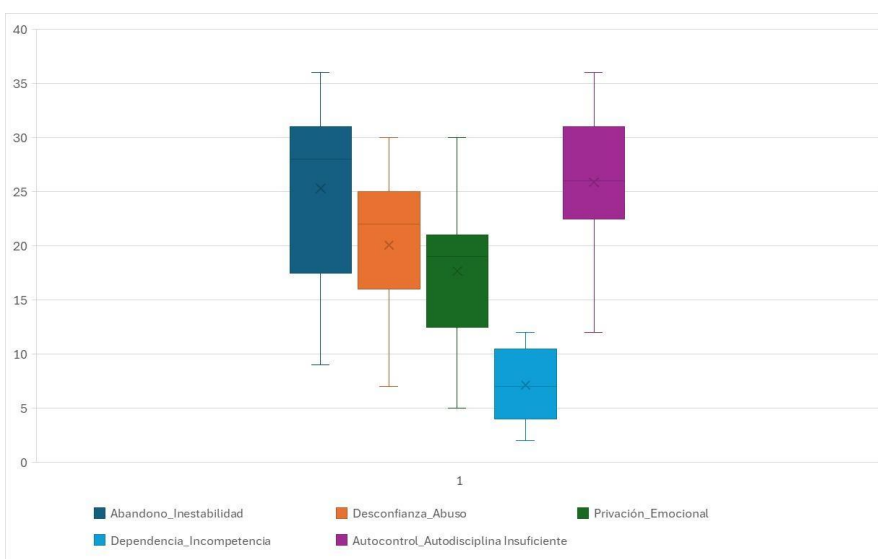
A continuación, se procedió a calcular la media aritmética de las puntuaciones directas obtenidas en el cuestionario, se compararon los promedios del grupo con los baremos de población general mediante el cálculo de la puntuación Z, con el fin de determinar la significación estadística de la activación de cada esquema. La muestra de pacientes internados (N=25) revela un perfil cognitivo con desviaciones críticas respecto a la norma (Fig.15 y Fig.16).

Figura 15 (Distribución de Medias, Desviaciones y Puntuaciones Z en la Muestra / N=25)

Esquema	Test	Media	Desviación estándar	Z (+)	Significación
Abandono/Inestabilidad	25,32	16,09	7,47	1,21	Significativa
Desconfianza/Abuso	20,08	13,13	6,16	1,13	Significativa
Privación Emocional	17,68	11,3	5,01	1,27	Significativa
Dependencia/Incompetencia	7,2	4,42	2,58	1,08	Moderada
Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente	25,84	13	6	2,14	Extrema

Nota: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el Inventario de Esquemas de Young (YSQ-L2) y la aplicación de la baremación de Londoño et al. (2008). La tabla integra la media y desviación estándar de la muestra (n=25) para los esquemas prevalentes, destacando la conversión a puntuaciones Z para determinar el nivel de significación clínica. Se observa una significación extrema en el esquema de Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente ($Z=2,14$), lo que valida la hipótesis sobre la erosión de los mecanismos de autorregulación.

Figura 16 (Descripción con Esquemas de Caja y Bigotes)



Nota. Elaboración propia a partir de los puntajes obtenidos en el cuestionario YSQ-L2 (n=25). El gráfico representa la distribución de los cinco esquemas con mayor relevancia clínica, donde se observa que el esquema de Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente y el de Abandono/Inestabilidad presentan las

medianas más elevadas y una mayor dispersión de puntajes, indicando una marcada heterogeneidad en la severidad de estos rasgos dentro de la muestra institucionalizada.

Descripción de los hallazgos

1. La Dimensión del Autocontrol como Predictivo de Cronicidad

El hallazgo más relevante de este estudio es la puntuación en Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente ($Z = +2,14$). En pacientes con consumo crónico, este esquema actúa como el principal obstáculo para la recuperación. Una desviación superior a 2 puntos Z indica que la muestra se comporta de manera distinta al 98% de la población general. Esto se traduce en una incapacidad estructural para demorar la gratificación y tolerar el malestar emocional sin recurrir a la sustancia.

2. La Tríada de Desconexión (Abandono, Desconfianza y Privación)

Los esquemas de Abandono ($Z = +1,21$), Desconfianza ($Z = +1,13$) y Privación Emocional ($Z = +1,27$) presentan activaciones consistentes. En el contexto de la internación, estos datos sugieren que el paciente crónico percibe el mundo como un lugar poco seguro y afectivamente vacío. El consumo de sustancias, por tanto, no es solo una búsqueda de placer, sino un intento de automedicación ante un vacío vincular profundo.

3. La Falla Estructural: Insuficiente Autocontrol ($Z = +2,14$)

Este es el hallazgo nuclear de la investigación, ya que una puntuación tan extrema indica que, en esta muestra, la capacidad cortical para inhibir impulsos está severamente comprometida. Se puede interpretar por ende que NO se trata de una "falta de voluntad", sino de una estructura cognitiva donde el malestar es percibido como insoportable. Así, el paciente consume porque carece de las herramientas internas para tolerar la frustración o el aburrimiento. Se puede pensar que esta es la razón por la cual el 52% de la muestra se ubica en el rango Grave del DAST-10; la severidad de la adicción es el reflejo exacto de la incapacidad de autodisciplina.

11.4 Comparativa nivel del DAST-10 e insuficiente autocontrol

Al integrar estos datos con el nivel Grave (52%) obtenido en el DAST-10, se observa una correlación positiva clara: los pacientes con mayores niveles de desregulación impulsiva (Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente) y dolor emocional (Abandono/Inestabilidad y Privación Emocional) son los que presentan los cuadros de adicción más severos. La sustancia se convierte en el único recurso regulador ante una arquitectura cognitiva frágil y sitúa al 96% de la muestra en niveles de afectación Sustancial y Grave.

Como se observa en la Tabla de Vinculación Clínica, existe una tendencia clara: a mayor profundidad del esquema (puntuaciones Z más elevadas), mayor es la gravedad reportada en el DAST-10. La muestra analizada evidencia que el consumo no es un fenómeno aislado de la personalidad, sino que se encuentra "anclado" a esquemas de Desconexión y Rechazo. Resulta particularmente relevante que el esquema de Autocontrol Insuficiente sea el de mayor puntaje, lo que sugiere que la cronicidad del consumo está ligada a un déficit estructural en la autorregulación emocional del sujeto (Fig.17).

Figura 17 (Tabla de Vinculación Clínica EDT vs. DAST-10)

Esquema (EDT)	Nivel de Activación	Vínculo Clínico con el DAST-10 (Consumo Crónico)
Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente	Crítico (Z=2.14)	Mantenimiento de la Adicción: Es el responsable de la cronicidad. Impide la detención de la conducta ante el deseo (craving) y facilita la recaída ante el mínimo malestar.
Privación Emocional	Significativo (Z=1.27)	Función Compensatoria: El consumo llena el vacío afectivo crónico. El paciente "se nutre" de la sustancia ante la falta de calidez emocional percibida en su entorno.
Abandono / Inestabilidad	Significativo (Z=1.24)	Regulación de la Ansiedad: El consumo mitiga el pánico a la soledad. La sustancia se vuelve el único vínculo "estable" que el paciente siente que no lo abandonará.
Desconfianza/Abuso	Significativo (Z=1.13)	Evitación Social: La droga permite al paciente aislarse de un mundo que percibe como hostil o peligroso, reduciendo la paranoia interpersonal.
Dependencia/Incompetencia	Moderado (Z=1.08)	Déficit de Autonomía: Refuerza la creencia de que se necesita un agente externo (la droga) para poder funcionar o enfrentar responsabilidades mínimas.

Nota. Elaboración propia. El cuadro sistematiza la integración cualitativa entre los niveles de activación estadística (Z) y la funcionalidad psicopatológica del consumo de sustancias. Se describe cómo cada esquema desadaptativo opera como un mecanismo de mantenimiento de la adicción, proporcionando una base teórica para comprender la severidad de los resultados obtenidos en el instrumento DAST-10.

12. Discusión

En éste apartado se pretende sintetizar la evidencia empírica recolectada para aportar fundamentos técnicos que justifiquen la integración de protocolos de Terapia de Esquemas en los planes de tratamiento interdisciplinario del Centro de Tratamiento “Nunca más solos”, orientados a reducir la tasa de recaídas a través de la reparación de necesidades emocionales nucleares. Brindar información empírica que sustente la necesidad de implementar abordajes terapéuticos basados en la Terapia de Esquemas en dispositivos de internación para pacientes crónicos.

Los datos permiten inferir que el consumo problemático en la muestra no es una conducta aislada, sino un síntoma de una estructura cognitiva subyacente altamente disfuncional. La correlación positiva observada indica que el consumo de sustancias cumple una función de evitación experiencial. Específicamente, el alto puntaje en el esquema de Imperfección sugiere que el sujeto consume para silenciar la vergüenza tóxica, mientras que el Autocontrol Insuficiente explica la transición de un uso ocasional a un nivel de gravedad Grave (52%) o Sustancial (44%), debido a la fragilidad de los mecanismos de inhibición conductual. En conclusión, la gravedad del DAST-10 es directamente proporcional a la profundidad del daño en el sistema de esquemas tempranos.

Análisis del Perfil Esquemático y su Relación con la Cronicidad

El primer objetivo específico de esta investigación buscaba identificar la prevalencia de los Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT) en pacientes con consumo crónico. Los datos revelan una estructura cognitiva dominada por el esquema de Insuficiente Autocontrol / Autodisciplina ($Z = +2,14$). Este hallazgo no es menor, ya que confirma la hipótesis de que la cronicidad no depende únicamente de la sustancia, sino de una falla estructural en la capacidad de autorregulación del sujeto.

En la clínica de las adicciones, el Autocontrol Insuficiente se manifiesta como una intolerancia extrema al malestar emocional. Los sujetos de la muestra, al enfrentarse a situaciones de estrés o aburrimiento, carecen de la “musculatura psíquica” para demorar la gratificación. Como señala Young (2003), este esquema actúa como un catalizador de las recaídas: el paciente puede desear la recuperación, pero su arquitectura cognitiva le impide sostener el esfuerzo necesario frente al craving.

El Consumo como Estrategia de Evitación Vincular

Un punto crítico de la discusión surge al analizar la "Tríada de Desconexión": Abandono, Privación Emocional y Desconfianza/Abuso. Con puntuaciones Z superiores a +1,10, queda claro que estos pacientes han desarrollado su adicción sobre un terreno de inseguridad vincular.

La hipótesis de que el consumo funciona como un "mecanismo paliativo" cobra fuerza al observar que el 52% de la muestra presenta un nivel Grave en el DAST-10. Para estos sujetos, la droga ha dejado de ser una sustancia de abuso para convertirse en un "objeto de apego" predecible, funcionando como una respuesta de afrontamiento desadaptativa para evitar la activación afectiva de los esquemas (Young et al., 2003). Mientras que las personas de su entorno son percibidas como inestables (Abandono) o emocionalmente frías (Privación), la sustancia ofrece una respuesta química constante. Esta "anestesia emocional" permite al paciente transitar el dolor de sus necesidades no satisfechas, pero al costo de perpetuar la dependencia.

Correlación entre Gravedad y Complejidad Esquemática

Tal como se planteó en los objetivos, se verificó una correlación positiva entre la gravedad del DAST-10 y la multiplicidad de esquemas. Los pacientes situados en el nivel Grave no solo puntúan alto en un esquema, sino que presentan un perfil poliesquemático, lo que sugiere una estructura de personalidad con múltiples áreas de vulnerabilidad emocional que se refuerzan entre sí (Young et al., 2003).

Resulta particularmente revelador que el esquema de Imperfección/Vergüenza aparezca como un predictor silencioso de la gravedad. Aunque el Autocontrol es el esquema "motor", la Imperfección es el esquema "núcleo". El paciente consume porque, en el fondo, se siente defectuoso o no merecedor de una vida saludable. El consumo crónico, en este sentido, es también una forma de autocastigo que valida el esquema de imperfección: "consumo porque no valgo, y no valgo porque consumo".

Análisis Fenomenológico de los Esquemas Predominantes

En este apartado, se analiza cómo los esquemas con mayor puntuación Z configuran la subjetividad del paciente y perpetúan el ciclo de la adicción crónica.

El Eje de la Desregulación: Autocontrol e Insuficiente Autodisciplina (Z = +2,14)

El hallazgo de una puntuación Z tan extrema en este esquema sugiere que el paciente del Centro "Nunca más solos" presenta una falla en la estructura de demora de la gratificación. Clínicamente, esto se observa en la imposibilidad de tolerar el aburrimiento o el malestar emocional. El consumo crónico no es aquí una elección, sino un intento de regulación ante un sistema de frenado cortical que no responde. Mientras este esquema esté activo, el paciente "sabe" que la droga le hace daño, pero "no puede" interrumpir la secuencia conductual ante el impulso inicial.

La relevancia clínica del esquema de Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente (Z = +2.14) trasciende la mera descripción estadística para convertirse en la clave explicativa de la cronicidad y la recaída en la muestra. Este hallazgo es congruente con la teoría de Young et al. (2003), quienes sostienen que este esquema es el predictor principal de la incapacidad para demorar la gratificación y el mantenimiento de conductas adictivas, a pesar de sus consecuencias negativas a largo plazo. Desde la Terapia de Esquemas, este puntaje crítico revela una incapacidad estructural del "Adulto Saludable" para regular los estados emocionales del "Niño Impulsivo". Esta asimetría interna es la que precipita la recaída: ante la activación de cualquier otro esquema doloroso (como el sentimiento de ser defectuoso o estar solo), el paciente busca alivio inmediato a través de la sustancia debido a su baja tolerancia a la frustración. Por consiguiente, la recaída no debe entenderse como un evento azaroso, sino como la manifestación conductual de un esquema que anula la capacidad de demora de la gratificación. Es esta repetición cíclica de intentos de abstinencia fallidos, producto de la rigidez del esquema, lo que termina por configurar el cuadro de **consumo crónico** observado en los pacientes de la muestra.

La Base Afectiva: Privación Emocional (Z = +1,27\$) y Abandono (Z = +1,24)

Estos esquemas explican la "motivación" del consumo. Los pacientes reportan una sensación de soledad interna persistente. Respecto al esquema Privación Emocional, el sujeto siente que nadie lo comprende ni lo cuida realmente; la sustancia llena ese vacío afectivo con una calidez química inmediata. En cuanto al esquema de Abandono/Inestabilidad (Z = +1.24), el consumo actúa como un estabilizador ante el pánico que genera la soledad. El paciente prefiere el vínculo con la droga (que es fiel y predecible) antes que el vínculo con humanos, percibidos como inestables o poco confiables; en este sentido, la sustancia cumple una función de objeto transicional que compensa la falta de apego seguro (Young et al., 2003).

La Barrera de la Desconfianza y el Abuso: (Z = +1,13)

Este esquema es crítico para entender la resistencia al tratamiento. El paciente internado suele proyectar en los terapeutas y en el grupo de pares sus experiencias previas de maltrato o negligencia. Si el esquema de Desconfianza/Abuso está activado, cualquier intervención es vista como una forma de control o manipulación, lo que lleva al paciente a “refugiarse” mentalmente en el deseo de consumo como el único espacio donde nadie puede herirlo. Según Young et al. (2003), este esquema genera una expectativa de que los demás dañarán o engañarán al sujeto de forma intencional, por lo que el aislamiento a través de la sustancia se convierte en una barrera protectora contra la vulnerabilidad interpersonal percibida.

13. Conclusiones

Síntesis de Hallazgos

La presente investigación permite concluir que existe una relación biunívoca y estadísticamente significativa entre la severidad de los EDT y la gravedad del consumo de sustancias en la población internada. Se ha demostrado que el perfil del consumidor crónico en el dispositivo "Nunca más solos" está signado por una profunda desregulación impulsiva y una marcada fragilidad en los vínculos primarios.

Análisis de Objetivos: Contrastación con los Resultados Obtenidos

En este análisis se detalla cómo los datos procesados dan cumplimiento a las metas intermedias de éste trabajo.

1. Cumplimiento del Objetivo: Caracterización de la Muestra

Se logró identificar que la muestra posee una homogeneidad diagnóstica en cuanto a la severidad. El hecho de que el 96% de los sujetos se sitúe entre los niveles Sustancial y Grave del DAST-10 permite concluir que el dispositivo de internación aloja una población de alta complejidad psicosocial. Esta severidad guarda una relación proporcional con el tiempo de evolución de la adicción, lo que valida la necesidad de tratamientos de largo plazo.

2. Cumplimiento del Objetivo: Prevalencia de EDT

La aplicación del YSQ-L2 permitió confirmar que el perfil poliesquemático es la norma y no la excepción en la muestra estudiada. Se cumplió el objetivo de describir el dominio de

“Desconexión y Rechazo” como el cimiento psicopatológico sobre el cual se asienta la adicción. El hecho de que ningún sujeto presentara puntuaciones dentro de los rangos poblacionales normales valida la necesidad de la internación; esta modalidad funciona como un soporte externo indispensable ante la severa falla en el Modo de Adulto Sano, el cual se encuentra debilitado e incapaz de moderar la intensidad de los esquemas y los modos impulsivos de consumo observados.

Cumplimiento del Objetivo: Análisis de Diferencias por Gravedad

Al contrastar los grupos, se observó que a medida que la puntuación del DAST-10 se acerca al máximo (10 puntos), los esquemas de Imperfección y Autocontrol aumentan su rigidez. Esto demuestra que la gravedad del consumo no es solo “frecuencia de uso”, sino “profundidad del daño cognitivo”.

Los pacientes que presentan niveles de riesgo grave son aquellos cuyos esquemas presentan mayor desadaptación y rigidez, lo que se traduce en una mayor resistencia al cambio y un pronóstico más reservado. En estos casos, la cronicidad del consumo ha funcionado como un mecanismo de refuerzo que profundiza la validez subjetiva del esquema, exigiendo intervenciones clínicas que trasciendan lo conductual. Resulta imperativo, por tanto, aplicar estrategias de reparentalización limitada y técnicas de confrontación empática más intensivas, orientadas a debilitar estos modos de respuesta automáticos y fortalecer el Adulto Sano del consultante.

Validación de Hipótesis

1. **Hipótesis 1 (Autocontrol):** Se confirma plenamente. El esquema de Insuficiente Autocontrol es el que presenta mayor desviación estándar, consolidándose como el factor de mantenimiento de la adicción. Ej: “Sujeto 3”, con nivel Grave en DAST-10 y $Z = +2,5$ en Autocontrol, manifiesta que “sabe que la droga lo mata, pero a los 5 minutos de sentirse mal, ya tiene el teléfono en la mano para llamar al puntero...”.
2. **Hipótesis 2 (Capacidad Predictiva):** Los esquemas de Imperfección y Privación Emocional mostraron ser los mejores predictores del nivel “Grave” en el DAST-10, vinculando el consumo con la evitación del dolor psíquico.
3. **Hipótesis 3 (Diferenciación por gravedad):** Se observó que a mayor puntaje en el DAST-10, mayor es la rigidez de los esquemas, lo que dificulta el abordaje terapéutico convencional.

Implicancias para el Tratamiento

Los resultados sugieren que un enfoque centrado exclusivamente en la abstinencia conductual es insuficiente para esta población. Dado que la raíz del problema es esquemática, el tratamiento debe evolucionar hacia una Psicoterapia como la Terapia de Esquemas que busque:

- Reparentalización limitada para sanar los esquemas de Abandono y Privación.
- Entrenamiento intensivo en funciones ejecutivas para compensar el déficit de Autocontrol.
- Desmantelamiento de la Vergüenza tóxica asociada al esquema de Imperfección.

El Ciclo de la Cronicidad: Un hallazgo Determinante De Esta Investigación

El Autocontrol Insuficiente es el “talón de Aquiles” del paciente con consumos crónicos, ya que representa la incapacidad del Adulto Saludable para poner límites al Niño Impulsivo. Los resultados de esta investigación demuestran la necesidad de comprender que la naturaleza de la dependencia en la muestra posee una relación intrínseca entre la puntuación crítica en el esquema de Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente ($Z = +2.14$) y el fenómeno de la recaída sistémica. Estadísticamente, una desviación superior a 2 (dos) puntos Z indica que la falla en los mecanismos de autorregulación no es un rasgo periférico, sino un componente nuclear de la psicopatología de estos pacientes.

En términos clínicos, este esquema actúa como el principal motor de la cronicidad: ante la activación de esquemas dolorosos (como Abandono o Privación), el sujeto carece de la estructura cognitiva necesaria para tolerar el malestar resultante. El consumo surge entonces como una respuesta evitativa automática. La repetición de este ciclo (activación del esquema, incapacidad de demora de la gratificación y consumo paliativo) es lo que consolida la recaída no como un evento accidental, sino como una consecuencia directa de la fragilidad del esquema de Autocontrol. Por lo tanto, se concluye que la cronicidad observada en el Centro “Nunca más solos” está sostenida por este déficit de Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente, el cual anula los intentos de cambio conductual y perpetúa el vínculo con la sustancia como único recurso de alivio inmediato.

Limitaciones y Sugerencias

Si bien el tamaño de la muestra ($N=25$) es adecuado para una tesina de grado, se sugiere para futuras investigaciones ampliar el universo de estudio y realizar un seguimiento longitudinal para observar cómo varían los EDT tras un año de tratamiento.

Asimismo, sería valioso incluir una evaluación de los modos de afrontamiento (evitación, rendición o sobrecompensación) para completar el mapa psicopatológico del paciente crónico.

Conclusión: El Encuentro con la Historia Detrás del Síntoma

Considero necesario compartir mi experiencia durante la realización de este trabajo, bajo la premisa de que no existe investigador que no sea transformado por su objeto de estudio. Mi paso por el Centro de Tratamiento “Nunca más solos” no fue únicamente un proceso de recolección de datos; fue un encuentro humano que me confrontó con una realidad que, por mi propia historia personal, ya presentía. Me encontré con “personas” en toda su dimensión, cuyas “narrativas autobiográficas” guardaban una relación simbiótica y dolorosa con la problemática del consumo.

Al profundizar en estas historias, confirmé una convicción profesional: para colaborar genuinamente en la recuperación de quienes sufren con ésta problemática, es obligatorio involucrarse en la singularidad de sus relatos. Es allí donde descubrimos cómo y cuándo las primeras experiencias de carencia dispararon los Esquemas Tempranos Desadaptativos. Estos esquemas surgieron en el sujeto como defensas necesarias, percibiéndose como la única respuesta posible ante los recursos precarios con los que contaban en su infancia.

Sin embargo, este hallazgo nos plantea un interrogante ético y metodológico: ¿Es suficiente que los psicólogos nos limitemos al objetivo de lograr el no consumo y la consecuente evitación del objeto adictivo? ¿Somos capaces de reconocer que una mirada centrada solo en la conducta contribuye, paradójicamente, a incrementar la tasa de recaídas y a cronificar el cuadro clínico? Entiendo que, si el lector se permite habitar estas preguntas, los principios de Beneficencia, Justicia y Autonomía dejarán de ser conceptos teóricos para transformarse en una práctica accesible para éste tipo de población vulnerable.

Me impactó profundamente la necesidad de los usuarios por narrar sus vidas. Sus relatos rara vez se detenían en la anécdota del consumo; por el contrario, fluían inevitablemente hacia el dolor emocional y las necesidades primarias insatisfechas. No fue necesario indagar exhaustivamente; el núcleo duro de sus sesgos cognitivos y sus heridas de apego formaban parte de su presentación espontánea. El clima en el Centro era de una urgencia latente por ser escuchados y de una curiosidad genuina por hallar herramientas de cambio. El denominador común fue desgarradoramente claro: todos “sabían” que debían cambiar, pero ninguno “sabía cómo”.

Concluyo este trabajo con la esperanza de que los profesionales de la salud mental encuentren en la Psicoterapia Centrada en Esquemas no sólo una metodología potente, sino una vía para la comprensión humana. Entiendo que es una herramienta vital para poder abordar con éxito una problemática que ya representa uno de los principales motivos de consulta en la actualidad. Si logramos mirar más allá del consumo para sanar el esquema, estaremos brindando, finalmente, la posibilidad de una libertad real.

14. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.).
- Arntz, A., & Jacob, G. (2013). Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach. Wiley-Blackwell.
- Ball, S. A. (2007). Critical issues in the assessment of schema-focused therapy for substance abuse. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 268-281.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.
- Brotchie, H., et al. (2004). Cognitive early maladaptive schemas and adult attachment styles: Links to drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(3), 293-305.
- Brummett, B. R. (2017). Early Maladaptive Schemas as Predictors of Substance Abuse Treatment Outcomes. Clinical Psychology Thesis, University of North Carolina.
- Chattás, R. (2018). *Terapia de Esquemas: un enfoque integrador*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Epele, M. (2010). Sujetar a los sujetos: un análisis antropológico sobre el tratamiento de la adicción a la pasta base. (Fundamental para entender la cronicidad en Buenos Aires).
- Londoño, C., et al. (2012). Esquemas precoces desadaptativos y consumo de sustancias en estudiantes universitarios. *Revista Psicología desde el Caribe*, 29(1).
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Lineamientos para la atención de personas con consumo problemático de sustancias.
- Pascual, F., & Guardia, J. (2017). Monografía sobre el alcohol. Sociedad Española de Toxicomanías (SET).
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2014). Terapia de esquemas: Características distintivas. Editorial Desclée de Brouwer.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [SEDRONAR] e Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC]. (2023). Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC) 2022: Informe de resultados. Buenos Aires, Argentina.

- SEDRONAR e INDEC. (2023). Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC) 2022. Buenos Aires.
- Shorey, R. C., et al. (2012). The relationship between early maladaptive schemas and substance use severity in a sample of drug-dependent patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(2), 166-179.
- Shorey, R. C., et al. (2015). Early maladaptive schemas and substance use treatment outcomes: A review of the literature. *Substance Use & Misuse*. (Este es clave para la parte de "gravedad").
- Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*.
- UNODC. (2023). *World Drug Report 2023*. United Nations Office on Drugs and Crime.
- Volkow, N. D. (2020). The neuroscience of addiction. *New England Journal of Medicine*.
- Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., Bloomfield, M. A., Curran, H. V., y Baler, R. (2016). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 292-297.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de esquemas: Guía del practicante*. Bilbao: Desclée de Brouwer.