

Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios

Carlos Andrés Gantiva Díaz¹
Johanna Bello Arévalo²
Eliana Vanegas Angarita²
Yaisa Sastoque Ruiz²

Resumen

Introducción: El consumo excesivo de alcohol es una de las problemáticas más frecuentes entre estudiantes universitarios, y la forma como se procesa la información (estilos cognitivos) es una de las variables fundamentales para comprender e intervenir este problema. *Objetivo:* Identificar la relación entre consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Método:* Se utilizó un diseño descriptivo correlacional dentro de un modelo de investigación empírico analítico. 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 de una universidad privada en Bogotá, Colombia, escogidos a partir de un muestreo aleatorio estratificado. *Resultados:* Los resultados indicaron un mayor consumo de alcohol y de esquemas maladaptativos tempranos en las mujeres. Por otra parte, se identificó una correlación entre el consumo de alcohol y los esquemas de abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, derecho/grandiosidad, autosacrificio y entrapamiento. *Conclusión:* 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.

Palabras clave: consumo de bebidas alcohólicas, estudiantes, universidades, cognición.

Title: Relation between Excessive Consumption of Alcohol and Early Maladaptive Schemes in University Students

Abstract

Introduction: Excessive consumption of alcohol is one of the most common problems among college students and how it processes information (cognitive styles), is one of the key variables to understand and speak on this issue. *Objective:* To identify the relationship between alcohol consumption and early maladaptive schemas in university students. *Method:* We used a descriptive correlational design within an analytical model for empirical research.

¹ Psicólogo. MSc en Psicología Clínica. Docente. Coordinador de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad San Buenaventura. Director del grupo de investigación Avances en Psicología Clínica y de la Salud. Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura. Bogotá, Colombia.

² Psicóloga, Universidad de San Buenaventura. Bogotá, Colombia.

We applied the Questionnaire Identification of Disorders due to Alcohol Consumption (AUDIT) and the Young Schema Questionnaire (YSQ-L2) to 359 students at a private university in Bogotá, Colombia, chosen from a stratified random sampling. *Results:* The results indicate a higher level of alcohol consumption and early maladaptive schemas in women. It is also identifies a correlation between alcohol consumption and patterns of abandonment, self-sufficient, mistrust, vulnerability, right and grandiosity, and self-entrapment. *Conclusion:* Consumption of alcohol is associated with cognitive styles characterized by overestimation of the damage, low tolerance to frustration and high need for social approval.

Key words: Alcohol drinking, students, universities, cognition.

Introducción

En Colombia, el alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor uso en todas las edades y zonas geográficas, con el agravante de ser una sustancia aceptada y permitida socialmente. Por ende, afecta áreas fundamentales del desarrollo de un individuo, como la salud física y la mental. El alcohol es una sustancia psicoactiva que hace parte del grupo de depresores del sistema nervioso central, razón por la cual en quienes consumen se observa una disminución del estado de conciencia, de la capacidad de respuesta a la estimulación sensorial, de la espontaneidad, de la actividad física y un bajo funcionamiento cognitivo (1). Su efecto aparece en forma proporcional al consumo, es decir, mientras mayor es el consumo, mayor es el efecto

depresor, y mientras más rápida sea la ingesta, más rápido aparecen los signos de intoxicación (2).

Como lo señala Pérez (3), hay dos tipos de consumidores: el consumidor normal y el consumidor anormal. En los consumidores normales se encuentran: (a) el consumidor abstemio, que es aquel que nunca o muy ocasionalmente (no más de cinco veces al año) ingiere una pequeña cantidad de alcohol (dos o tres tragos, un par de cervezas, un vaso de vino), y (b) el consumidor moderado o social, que es aquel que ingiere en reuniones sociales de forma moderada de tres a cinco tragos y, en ocasiones, se embriaga (no más de una vez al mes).

En los consumidores anormales se encuentran: (a) el consumidor excesivo, que es aquel que presenta más de 12 episodios de embriaguez al año o consume más de cuatro tragos de forma frecuente (más de cuatro veces a la semana). Este tipo de consumidor depende de las normas culturales que estimulan una forma u otra de beber y llega a emborracharse más de 12 veces al año, y (b) el dependiente al alcohol, quien ha desarrollado una dependencia física a la sustancia, caracterizada por el síndrome de abstinencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4), algunas veces, el consumo excesivo de alcohol está en la raíz de comportamientos violentos y situaciones que causan graves daños y lesiones como agresiones, violencia de género y accidentes de

tráfico, domésticos y laborales. Las Naciones Unidas (5), a través de su Oficina contra las Drogas y el Delito, en el último informe presentado en abril de 2005, sobre las tendencias del consumo de drogas en el mundo, señala al alcohol etílico y la nicotina como las sustancias psicoactivas de mayor consumo en el mundo. Se estima que cerca del 40% de la población mundial (aproximadamente 2.600 millones de personas) consume de forma ocasional, abusiva o adictiva alcohol etílico. Este consumo es aproximadamente 15 veces mayor que el consumo de todas las sustancias ilegales juntas.

En el estudio realizado por la Presidencia de la República con su programa Rumbos (6), se encontró que el alcohol es la sustancia que más genera tratamientos de urgencias. Éstos se realizan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, y Bogotá es la ciudad que mayor número de urgencias atiende. Durante el 2001, según el *Boletín Epidemiológico Distrital* (7), la sustancia psicoactiva más frecuente citada como droga de inicio fue el alcohol, con un 48,8% de los casos, que equivalen a 1.859 consumidores de alcohol nuevos. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (8) reportó que en el 44% de los accidentes de tránsito con lesiones o víctimas fatales hubo pruebas de alcoholemia positivas.

La teoría del aprendizaje social y la teoría social cognitiva propuesta por Bandura (9) proporcionan una

visión real y efectiva del comportamiento del consumo de alcohol, donde las expectativas individuales y sociales, los modelos, las interacciones directas con la sustancia y las características individuales permiten entender y comprender la adquisición, el mantenimiento y el control del comportamiento del consumo de alcohol. Esta teoría se centra en la interacción entre el comportamiento, el individuo y el medio ambiente en un modelo de reciprocidad triádica, es decir, que cualquiera de estos determinantes puede afectar a otros.

El proceso principal de la teoría del aprendizaje social es el aprendizaje vicario, por medio del modelado, el cual consiste en que el comportamiento y las actitudes de un individuo o grupo actúan como estímulo para generar conductas semejantes en otras personas que están expuestas a la actuación del modelo; de esta forma, la adquisición del comportamiento de consumo de alcohol se inicia desde antes de tener contacto con la bebida, a través de las creencias y expectativas que se construyen socialmente y que están relacionadas con el alcohol (1).

Los estilos cognitivos se definen como la percepción, organización y procesamiento de la información, elementos que influyen en la manera de actuar, pensar y tomar decisiones sobre eventos que se presentan a lo largo de la vida, así como en las actitudes que el individuo asume hacia otras personas y en la forma de relacionarse con ellas (10).

Los estilos cognitivos se aprenden principalmente en la niñez y adolescencia, aunque se consolidan a lo largo de la vida. Young (11) propone los supuestos teóricos de esquemas maladaptativos tempranos, que se refieren a temas extremadamente estables y duraderos, significativamente disfuncionales y sirven como marcos para el procesamiento de experiencias posteriores. Los esquemas pueden ser clasificados en cinco dominios:

1. *Dominio de desconexión y rechazo*: se refiere a personas inestables emocionalmente e impredecibles, lo cual se puede evidenciar en la aparición de creencias relacionadas con la falta de apoyo emocional por parte de personas significativas. Es frecuente que exista la percepción del daño como intencional o que el resultado es una negligencia extrema e injustificada, lo que lleva a la persona a concluir que siempre termina siendo engañada o recibiendo la peor parte.
2. *Dominio de autonomía y desempeño deteriorados*: se refiere a la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables y de igual manera a la necesidad de apoyo constante de los demás para sobrevivir o ser feliz.
3. *Dominio de límites insuficientes*: caracteriza a personas que se perciben como superiores a los demás, tienen derechos y privilegios especiales, ejercen control

sobre las propias emociones con el fin de limitar su expresión excesiva, el control de los impulsos y la poca disciplina empleada para alcanzar las metas.

4. *Dominio de orientación hacia los otros*: definido como la concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción.
5. *Dominio de sobrevigilancia e inhibición*: acciones y sentimientos que dificultan la comunicación espontánea, generalmente, para evitar la desaprobación de los demás. Estas personas deben alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño dirigidos frecuentemente a evitar la crítica.

Objetivo

Identificar la relación entre el consumo excesivo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios.

Método

La presente investigación es de tipo descriptivo-correlacional, dentro de un modelo de investigación empírico-analítica.

Muestra y muestreo

La población de estudio estuvo conformada por 359 estudiantes

pertenecientes a una universidad privada de la ciudad de Bogotá, Colombia. La población fue seleccionada a través de un muestreo aleatorio estratificado y estuvo conformada por 60,4% de mujeres y 39,6% de hombres, con edades entre los 16 y los 38 años y, en su mayoría (81,9%), de estrato socioeconómico medio.

Instrumentos

El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, por su sigla en inglés). Fue desarrollado por la OMS como un método simple de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Este cuestionario comprende 10 ítems agrupados en tres dominios: consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas por elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Diversos estudios han descrito la confiabilidad del AUDIT, pues los resultados indican una alta consistencia interna ($r=0,86$).

Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2, por su sigla en inglés). Este instrumento fue desarrollado por Young (11) y validado para Colombia por Castrillón y colaboradores (12), para evaluar los esquemas maladaptativos tempranos, los cuales se refieren a temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia y se

elaboran a lo largo de la vida de un individuo y son significativamente disfuncionales. Consta de 45 ítems y evalúa 11 esquemas, que se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores. La validez tipo alfa del cuestionario fue de 0,91. El alfa de los factores osciló entre 0,71 y 0,85. Los 11 esquemas maladaptativos tempranos son: (a) abandono/instabilidad, (b) desconfianza/abuso, (c) privación emocional, (d) vulnerabilidad al daño, (e) entrapamiento emocional, (f) derecho/grandiosidad, (g) autocontrol insuficiente, (h) autosacrificio, (i) inhibición emocional, (j) estándares inflexibles 1 y (k) estándares inflexibles 2.

Procedimiento

Fase I. Selección de la muestra a través de un muestro aleatorio estratificado.

Fase II. Aplicación de los instrumentos, lo cual se llevó a cabo en un mismo momento de manera individual y de forma anónima, con una duración aproximada de 20 minutos. Se aclaró que el manejo de la información recogida se utilizaría con fines investigativos y su uso era confidencial. No se solicitaron datos de identificación de los participantes.

Fase III. Análisis de resultados.

Análisis de los datos

Los datos recogidos se ingresaron a una base de datos creada en

el programa estadístico SPSS 17.0. Posteriormente hubo tres tipos de análisis: (a) estadísticos descriptivos (puntaje mínimo, máximo, media y desviación típica) de los instrumentos; (b) comparación de medias de muestras independientes (hombres y mujeres, y consumidores excesivos y consumidores moderados), a través de una *prueba T*, y (c) correlaciones bivariadas entre las puntuaciones del AUDIT y las del YSQ-L2.

Resultados

En primera instancia se muestran los resultados provenientes de los estadísticos descriptivos de las puntuaciones obtenidas por los participantes en los dos cuestionarios (AUDIT y YSQ-L2). Como se observa en la Tabla 1, la media en el AUDIT fue de 6,67, lo que indica en

promedio un consumo moderado de alcohol en la población; sin embargo, la desviación típica (5,68) muestra la presencia de altos índices de consumo de alcohol en los estudiantes. De hecho, se identificó que el 42,9% (154 personas) presentaba consumo perjudicial de alcohol, mientras el 57,1% restante lo hacía de forma moderada. Con relación a los esquemas maladaptativos tempranos, se destacan las elevadas puntuaciones en los esquemas: autosacrificio (3,44) y estándares inflexibles 2 (3,22).

Al comparar las medias de las puntuaciones entre hombres y mujeres en cada uno de los instrumentos, se observan diferencias estadísticamente significativas en los resultados del AUDIT (es mayor la media de la mujer) y los esquemas de autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, estándares inflexibles 1 y 2,

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las puntuaciones del AUDIT y el YSQ-L2

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
AUDIT	0	33	6,67	5,680
E. abandono	1	6	2,42	1,121
E. autocontrol insuficiente	1	6	2,47	1,107
E. desconfianza	1	6	2,74	1,098
E. privación emocional	1	5	1,98	0,910
E. vulnerabilidad	1	5	2,20	1,128
E. autosacrificio	1	6	3,44	1,225
E. estándares inflexibles 1	1	6	2,68	1,169
E. estándares inflexibles 2	1	6	3,22	1,214
E. inhibición emocional	1	6	2,62	1,179
E. derecho/grandiosidad	1	6	2,47	1,093
E. entrapamiento	1	6	2,57	1,314

E.: esquema.

Tabla 2. Comparación de medias de las puntuaciones del AUDIT y el YSQ-L2 entre hombres y mujeres

	Media		Desviación típica		Sig.
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
AUDIT	5,10	7,70	4.544	6.112	0,000*
E. abandono	2,48	2,38	1,168	1,091	0,453
E. autocontrol insuficiente	2,18	2,66	1,071	1,095	0,000*
E. desconfianza	2,56	2,85	1,069	1,104	0,014*
E. deprivación emocional	1,91	2,01	0,906	0,908	0,311
E. vulnerabilidad	1,93	2,37	1,082	1,129	0,000*
E. autosacrificio	3,42	3,45	1,211	1,239	0,790
E. estándares inflexibles 1	2,36	2,88	1,099	1,171	0,000*
E. estándares inflexibles 2	2,90	3,44	1,222	1,166	0,000*
E. inhibición emocional	2,35	2,80	1,166	1,158	0,000*
E. derecho/grandiosidad	2,16	2,67	1,095	1,046	0,000*
E. entrapamiento	2,26	2,76	1,190	1,357	0,000*

*p<0,05. E: esquema

Tabla 3. Correlaciones entre los puntajes del AUDIT y los esquemas maladaptativos tempranos (YSQ-L2) en la población universitaria (n=359)

Esquemas	AUDIT
Abandono	0,144**
Autocontrol insuficiente	0,211**
Desconfianza	0,159**
Deprivación emocional	0,069
Vulnerabilidad	0,223**
Autosacrificio	0,104*
Estándares inflexibles 1	0,082
Estándares inflexibles 2	0,029
Inhibición emocional	0,153**
Derecho/grandiosidad	0,188**
Entrapamiento	0,117*

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

inhibición emocional, derecho/grandiosidad y entrapamiento (todas las medias fueron superiores en las mujeres) (véase Tabla 2).

Como se muestra en la Tabla 3, a través de correlaciones bivariadas entre las puntuaciones del AUDIT y el YSQ-L2, se identificó una corre-

Tabla 4. Comparación de medias de las puntuaciones del YSQ-L2 entre consumidores moderados y perjudiciales de alcohol

	Media		Desviación típica		Sig.
	Consumo moderado	Consumo perjudicial	Consumo moderado	Consumo perjudicial	
E. abandono	2,30	2,58	1,120	1,106	0,022*
E. autocontrol insuficiente	2,27	2,73	1,044	1,136	0,000*
E. desconfianza	2,60	2,93	1,113	1,051	0,004*
E. privación emocional	1,93	2,04	0,916	0,901	0,262
E. vulnerabilidad	2,01	2,44	1,140	1,068	0,000*
E. autosacrificio	3,27	3,66	1,246	1,165	0,003*
E. estándares inflexibles 1	2,62	2,75	1,165	1,173	0,284
E. estándares inflexibles 2	3,18	3,28	1,230	1,194	0,419
E. inhibición emocional	2,48	2,82	1,181	1,152	0,006*
E. derecho/grandiosidad	2,31	2,68	1,074	1,086	0,001*
E. entrapamiento	2,40	2,78	1,280	1,331	0,007*

*p<0,05. E: esquema.

lación significativa con un $p < 0,01$ entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos de abandono (0,144), autocontrol insuficiente (0,211), desconfianza (0,159), vulnerabilidad (0,223), inhibición emocional (0,153) y derecho/grandiosidad (0,188). Así mismo, se identificó una correlación significativa con un $p < 0,05$ entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos de autosacrificio (0,104) y entrapamiento (0,117). Finalmente, no hubo correlación entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos de privación emocional y estándares inflexibles 1 y 2.

Finalmente, se compararon las puntuaciones en el YSQ-L2 entre las personas que consumían de forma

moderada y de forma perjudicial alcohol (Tabla 4) y se identificaron diferencias significativas en los mismos esquemas maladaptativos tempranos donde se observó la correlación. Los esquemas donde existieron diferencias significativas fueron: abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, autosacrificio, inhibición emocional, derecho/grandiosidad y entrapamiento.

Discusión

El Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, desarrollado por el Ministerio de la Protección Social (13), indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol (6,7%). Este porcentaje está muy acorde con lo identificado en este

estudio, donde la media de la población indica un consumo moderado (puntuación del AUDIT de 6,67), pero con una desviación típica que alcanza a cubrir el rango del consumo perjudicial o excesivo (desviación típica de 5,68). Por otra parte, se identifica un consumo superior en las mujeres (media 7,70) que en los hombres (media 5,10).

Estos resultados comienzan a mostrar un cambio en los patrones de consumo de alcohol en jóvenes, pues tradicionalmente el mayor índice se encontraba en los hombres; sin embargo, esta situación ha venido cambiando en los últimos años, desde cuando se ha identificado un mayor número de casos nuevos de consumo de alcohol en las mujeres (13).

Este patrón de consumo excesivo de alcohol está relacionado con variables de tipo individual (aspectos biológicos y cognitivos), variables de la sustancia y variables de tipo medioambiental (contexto físico y social), elementos determinantes para comprender el inicio, la evolución y el mantenimiento del consumo, así como fundamentales para el diseño e implementación de programas de promoción, prevención e intervención exitosos (14). De esta forma, la relación entre el consumo excesivo de alcohol y los estilos cognitivos (creencias, expectativas y sesgos cognitivos) se presenta, debido a que la manera como las personas procesan la información es fundamental para entender las motivaciones y las

causas del comportamiento, entre los cuales está el consumo de alcohol.

Respecto a los esquemas maladaptativos tempranos, 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 (véase Tabla 2). Estos resultados son coherentes con la vulnerabilidad cognitiva identificada en mujeres hacia trastornos como la depresión (15), donde se concluyó que las mujeres realizan más autodiálogos negativos y puntúan más alto en esquemas cognitivos relacionados con el autosacrificio, el fracaso, el abandono y la culpa.

Sin embargo, esta forma característica de procesar la información no puede ser atribuida al hecho de ser mujer, pues en investigaciones recientes desarrolladas en Colombia (16), pero en otra región del país, no se encontraron estas altas puntuaciones ni diferencias significativas entre hombres y mujeres. Esto indicaría el papel determinante de la sociedad en el desarrollo y aprendizaje de esquemas cognitivos.

En cuanto a las correlaciones identificadas a un nivel de 0,01 entre algunos esquemas maladaptativos tempranos y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios y las diferencias de medias significativas, se destacan:

- La relación con el *esquema de abandono*, el cual es característico de personas que no soportan el rechazo, la soledad o el abandono real o imaginario. Este elemento puede hacer más vulnerable psicológicamente a las personas para consumir alcohol, lo cual es coherente con lo propuesto por Beck, Wright, Newman y Liese (17), quienes afirman que los consumidores excesivos de alcohol presentan esquemas que contienen la creencia de “no puedo ser feliz a menos de que sea querido”, la cual se activa cuando la persona percibe que ha sido rechazada por una persona significativa.
 - *Autocontrol insuficiente*. Este esquema caracteriza a aquellas personas que no son capaces de esperar ni de dirigir su comportamiento hacia consecuencias lejanas; por el contrario, son impulsivas y exigen que las situaciones se solucionen u ocurran de inmediato, además, suelen evitar sensaciones de incomodidad, frustración, conflicto o responsabilidad (12). De esta forma, el consumo de alcohol funciona como una conducta impulsiva dirigida a consecuencias inmediatas (placer rápido o evitación).
 - *Desconfianza*. Este esquema se refiere a la creencia de que las demás personas harán daño, lastimarán o se aprovecharán de alguna forma de la persona;
- por lo general, involucra un aumento en la percepción del daño. Esto implica un aumento de las respuestas autónomas y de la hipervigilancia, lo cual es displacentero para la persona, pero puede ser disminuido a través del consumo de alcohol, lo cual convierte a este esquema en un predisponente del consumo.
- *Vulnerabilidad*. Este esquema caracteriza a las personas que basan su estilo cognitivo en la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables (médicas, emocionales o situacionales). Este esquema se asocia con el desarrollo de respuestas de ansiedad (18), lo cual está relacionado con el consumo de alcohol como estrategia de evitación o escape.
 - *Inhibición emocional*. Este esquema caracteriza a las personas que controlan excesivamente sus emociones y acciones, lo que dificulta su interacción con los demás. Son personas a las que se les dificulta la expresión espontánea de emociones y suelen experimentar vergüenza por la posibilidad de perder el control de los impulsos. El consumo de alcohol, para estas personas, tendría una función de facilitador de la interacción social y de desinhibición (19).
 - *Derecho/grandiosidad*. Este esquema es característico de aquellas personas que se con-

sideran superiores a los demás, que no siguen las reglas de interacción sociales habituales, suelen manipular y desarrollan poca empatía por los demás. El consumo de alcohol en estas personas estaría más relacionado con un comportamiento en contradicción manifiesta a la regla social esperada. Se esperaría que si el consumo es excesivo, haya poca conciencia de sus implicaciones sociales, lo que disminuye la disponibilidad al cambio (20,21).

Por otra parte, se identificaron dos correlaciones a un nivel de 0,05, que también puntúan de forma significativa en la diferencia de medias, las cuales están explicadas de la siguiente forma:

- *Autosacrificio.* Este esquema caracteriza a las personas que concentran sus esfuerzos en la satisfacción de las necesidades y las demandas de las demás personas por encima de las propias. Este esquema favorece la aparición de bajos estados de ánimo o depresión que generan emociones y sentimientos negativos, los cuales pueden ser aliviados a corto plazo por el consumo de alcohol (una estrategia de evitación o escape).
- *Entrampamiento.* Este esquema se refiere a las personas que poseen una excesiva cercanía con otros y que sacrifican su propia

individualidad. Con frecuencia implica la creencia de no poder ser feliz sin el apoyo constante de otra persona. Al igual que el esquema anterior (autosacrificio), este esquema está asociado con sentimientos de vacío y sentimientos de depresión (12), por lo cual el consumo de alcohol funciona como comportamiento de evitación o escape.

Respecto a la ausencia de correlaciones entre el consumo de alcohol y los esquemas de *deprivación emocional y estándares inflexibles 1 y 2*, es de resaltar que en investigaciones como las desarrolladas por Stopa y Waters (22), el primer esquema se relacionada con depresión, lo cual haría pensar en una relación también con el consumo de alcohol; sin embargo, una explicación alternativa a los resultados encontrados en la presente investigación es que las personas con este esquema podrían tener una baja interacción social, lo cual disminuye la probabilidad de consumo de alcohol en población universitaria.

En cuanto a la no correlación con los esquemas de estándares inflexibles 1 y 2, esto puede darse debido a que estas personas se caracterizan por una elevada autoexigencia, hipervigilancia sobre sí mismo y estándares de ejecución y comparación altos; por esta razón ellos podrían interpretar el consumo de alcohol como un comportamiento que va en contra de sus metas principales.

Conclusiones

El consumo excesivo de alcohol se relaciona con estilos cognitivos:

1. Caracterizados por una elevada sobreestimación del daño (percibir que la persona es más vulnerable a recibir consecuencias sociales o medioambientales negativas).
2. En los cuales existe una baja tolerancia a la frustración y a procesar emociones que son evaluadas como desagradables o negativas.
3. Donde priman creencias y expectativas de superioridad y de poca conciencia por el impacto del comportamiento propio en la vida de otras personas.
4. Donde la persona desarrolla una dependencia emocional por otros y condiciona su felicidad y estabilidad a contar con el apoyo o compañía de alguien.

De ahí que los programas que estén dirigidos a intervenir o prevenir el consumo excesivo de alcohol en la población universitaria deban tomar en cuenta estos elementos para su construcción y puesta en práctica.

Referencias

1. Gantiva C, Flórez L. Evaluación del impacto de un programa de entrevista motivacional en formato grupal e individual para consumidores abusivos de alcohol. *TÍPICA. Boletín Electrónico de Salud Escolar*. 2006;2(2):1-8.
2. Pérez A, Scoppetta O. Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: 2008 un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en 7 capitales de departamento y dos municipios pequeños. Bogotá: Dupli-gráficas; 2009.
3. Pérez A. *El libro de las drogas*. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia; 2000.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre drogas 2004 [internet]. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/WDR_2004/wdr2004_vol2_spanish.pdf.
5. Organización de las Naciones Unidas. Las Naciones Unidas contra las drogas y el delito [internet]; 2005. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/drogas/>.
6. Rumbos, Programa Presidencial contra la Droga. Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años de edad. Bogotá; 2001.
7. Secretaría de Salud Distrital. Boletín Epidemiológico Distrital 2002-2003 [internet]; 2004. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Cartillas/Cartilla14.pdf>.
8. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, División de Referencia de Información Pericial. Forensis. Datos para la Vida [internet]; 2009. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60.
9. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:1-26.
10. Hederich C, Camargo A. *Estilos cognitivos en el contexto escolar*. Bogotá: Arfo Editores; 2001.
11. Young J. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota (Fl): Professional Resources Exchange; 1990.
12. Castrillón D, Chaves L, Ferrer A, Londoño N, Maestre K, Marín, C et al. Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Rev Latinoam Psicol*. 2005;37(3):541-60.
13. Ministerio de la Protección Social. *Estudio Nacional de Salud Mental* [internet]. Bogotá: Colombia; 2003. Dis-

- ponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14822&IDCompany=3>.
14. Gantiva C, Gómez C, Flórez L. Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*. 2003;12:38-48.
 15. Calvete E. Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y Estrés*. 2005;11(2-3):203-14.
 16. Agudelo D, Casadiegos C, Sánchez D. Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Univ Psychol*. 2009;8(1):87-104.
 17. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós; 1999.
 18. Barlow D. *The anxiety and its disorders*. New York: Prentice Hall; 2005.
 19. Rotgers F, Morgenstern J, Walters S. *Treating substance abuse theory and technique*. New York: The Guilford Press; 2003.
 20. Ayala H. *Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: resultados iniciales*. México: UNAM; 2001.
 21. Gantiva C, Flórez L. *Intervenciones de la entrevista motivacional asociadas a un aumento en la disponibilidad al cambio en personas que consumen alcohol abusivamente*. Tesis de Maestría en Psicología. Bogotá: Universidad Católica de Colombia; 2006.
 22. Stopa L, Waters A. The effect of mood on responses of the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychol Psychoter*. 2005;78(Pt 1):45-57.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 4 de diciembre del 2009

Aceptado para publicación: 8 de mayo del 2010

Correspondencia

Carlos Andrés Gantiva Díaz

Facultad de Psicología

Universidad de San Buenaventura

Carrera 8 H No. 172-20

Bogotá, Colombia

cgantiva@usbhog.edu.co