

Artículo Original

Esquemas disfuncionales tempranos y consumo de sustancias psicoactivas como riesgo a VIH/Sida en adolescentes en conflicto con la ley penal

Early dysfunctional schemes and consumption of psychoactive substances as a risk for HIV/AIDS in adolescents in conflict with the criminal law

<https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.625.014>

Carlos Alexander Malacas Bautista ^{1,*}
<https://orcid.org/0000-0001-8264-2696>

Antony Yosetp Cueva Arroyo ²
<https://orcid.org/0000-0002-8269-2914>

Angel Fernando Salinas Silva ³
<https://orcid.org/0000-0003-4357-0217>

Roxana Karina Monteza Chanduví ⁴
<https://orcid.org/0000-0001-8327-5402>

Jacqueline C. Ponce-Meza ⁵
<https://orcid.org/0000-0001-9241-4902>

Recibido: 12/06/2022

Aceptado: 05/10/2022

RESUMEN

Este estudio no experimental de tipo transversal y descriptivo tuvo como objetivo identificar los esquemas disfuncionales tempranos (EDT) en adolescentes infractores de los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación. Asimismo, se buscó analizar los EDT como factores predictores del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y el riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual. Se aplicaron: ficha de datos sociodemográficos, encuesta de Riesgo Sexual (Sexual Risk Scale - SRS) y cuestionario de esquemas de Young- versión reducida (Young Schema Questionnaire – Short Form: YSQ-SF) a 388 adolescentes infractores de ambos sexos (H=316 y M=72), escogidos con un muestreo no probabilístico y de tipo intencional; los resultados indicaron asociación estadísticamente significativa entre la variable “Riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual” y EDT: subyugación, privación emocional y autosacrificio, con mayor prevalencia en adolescentes infractores con comportamiento riesgoso. Sugieren que, los y las adolescentes infractores con los EDT de privación emocional, autocontrol insuficiente y subyugación tienen, más probabilidades de mostrar comportamientos de riesgo a VIH/Sida. Mientras que, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la variable “Consumo de SPA” y “Riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual” en los y las adolescentes infractores, lo cual evidencia que el consumo de SPA se encuentra presente y de manera equitativa en los grupos con riesgo bajo y alto de VIH/Sida por comportamiento sexual. Se recomienda realizar abordaje psicológico, estrategias de intervención educativa en materia de educación sexual y despistaje con pruebas diagnóstica para VIH en los diferentes CJDR estudiados.

Palabras clave: VIH, esquemas cognitivos, esquemas disfuncionales tempranos, adolescentes, sustancias psicoactivas.

ABSTRACT

This non-experimental, cross-sectional, descriptive study aimed to identify early dysfunctional schemes (EDT) in adolescent offenders at Juvenile Diagnosis and Rehabilitation Centers. Likewise, it was sought to analyze the EDT as predictive factors of the consumption of psychoactive substances (PAS) and the risk of HIV/AIDS due to sexual behavior. The following were applied: sociodemographic data sheet, Sexual Risk Scale - SRS survey and Young Schema Questionnaire - Short Form: YSQ-SF) to 388 adolescent offenders of both sexes (H= 316 and M=72), chosen with a non-probabilistic and intentional sampling; The results indicated a statistically significant association between the variable "Risk of HIV/AIDS due to sexual behavior" and EDT: subjugation, emotional deprivation and self-sacrifice, with a higher prevalence in adolescent offenders with risky behavior. They suggest that adolescent offenders with the EDTs of emotional deprivation, insufficient self-control and subjugation are more likely to show risk behaviors for HIV/AIDS. While, no statistically significant association was found between the variable "PA Consumption" and "Risk of HIV/AIDS due to sexual behavior" in the adolescent offenders, which shows that the consumption of SPA is present and in an equitable manner. in groups with low and high risk of HIV/AIDS due to sexual behavior. It is recommended to carry out a psychological approach, educational intervention strategies in terms of sexual education and despistaje with diagnostic tests for HIV in the different CJDR studied.

Keywords: HIV, Cognitive Schemes, Early Dysfunctional Schemes, Adolescents, Psychoactive Substances.

¹ Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.

² Instituto Especializado en Salud Mental y Adicciones, Lima, Perú.

³ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

⁴ Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.

⁵ Universidad Privada del Norte, Lima, Perú.

*Autor de Correspondencia: carlosmalacas@hotmail.com

Introducción

El estudio científico de la delincuencia adolescente y juvenil ha cobrado especial relevancia en la implementación de políticas públicas de prevención a nivel mundial (Lahey *et al.*, 2003). El perfil cognitivo plantea cuatro componentes básicos que describen la forma de actuar de una persona: los esquemas, los procesos, los productos y las estrategias (Beck



et al., 1993). Los perfiles o estilos cognitivos pueden ser considerados dentro del modelo cognoscitivo como factores de vulnerabilidad psicológica dentro de la cadena causal; por tanto, la terapia conductual se centra en las variables cognitivas que permiten identificar los mecanismos de acción asociados al origen y mantenimiento del problema (Barlow *et al.*, 2004; Kazdin, 2007). Dentro de las variables cognitivas, tenemos los llamados “Esquemas cognitivos”, los cuales han sido identificados como un constructo de gran utilidad para comprender y tratar una gran variedad de trastornos psicológicos. Cuando las experiencias de la infancia son acordes a las necesidades emocionales, el esquema en formación adquiere un funcionamiento adaptativo. Sin embargo, cuando las experiencias tempranas son adversas, se genera un esquema disfuncional (Beck, 1967).

Beck (1995) afirma que “los esquemas, son definidos como estructuras funcionales de representaciones de conocimientos y de la experiencia anterior, más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codificación, organización, almacenaje y recuperación de la información”. Castrillon, (2005) dice que, “los esquemas mentales se refieren a las interpretaciones estables y duraderas que se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida de un individuo y sirven como marco para el procesamiento de experiencias posteriores” dichos esquemas se convertirán en los activantes y guías de todas las conductas de una persona.

En el marco de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Jeffrey Young (1999, citado por Young *et al.*, 2003) desarrolla la terapia centrada en esquemas y define a los esquemas disfuncionales tempranos como temas extremadamente estables y permanentes que se desarrollan durante la niñez y son elaborados a lo largo de la vida del sujeto, los cuales son fortalecidos por el procesamiento de experiencias posteriores. Este autor ha descrito con detalle una serie de esquemas disfuncionales tempranos (EDT) que pueden estar en el origen de numerosos trastornos psicológicos y/o conductas disfuncionales. A continuación, presentamos los quince EDT identificados por Young, que se agrupan en 5 dimensiones:

Dimensión desconexión y rechazo, incluye individuos criados en ambientes que carecen de afecto, alimentación, aceptación y estabilidad, desarrollando esquemas como: abandono (se refiere a la creencia de que los demás no pueden darnos un apoyo fiable); desconfianza/abuso (el individuo espera que los demás lo hieran o se aprovechen de él), privación emocional (refleja la creencia en que no lograremos nuestras necesidades de apoyo emocional, sobre todo, en relación a la alimentación, la empatía y la protección); imperfección (recoge la visión de sí mismo como antipático e indeseable socialmente) y, aislamiento social (describe la creencia en que uno no es parte del grupo, que uno está solo y que es diferente de los demás).

Dimensión de perjuicio en autonomía y desempeño, refleja un ambiente infantil complicado y sobreprotector. Agrupa los esquemas de: dependencia/incompetencia (el individuo cree que es incompetente que está desamparado y por tanto, necesita la asistencia de los demás para funcionar); vulnerabilidad al daño o la enfermedad (hace que los pacientes esperen tener experiencias negativas que no controlan, tales como crisis médicas, emocionales o naturales); enmarañamiento (se encuentra en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, es decir, en aquellas personas que no consiguen desarrollar una identidad individual segura, al margen de los demás) y, fracaso (refleja la visión de que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades).

Dimensión de límites inadecuados, el típico ambiente de la familia de origen que está caracterizado por la permisividad, el exceso de indulgencia, la falta de dirección o fomenta una sensación de superioridad: grandiosidad (creencia de que el individuo es superior a los demás, pudiendo llegar a ser extremadamente competitivo o dominante) y, autocontrol insuficiente/autodisciplina (se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones).

Dimensión de tendencia hacia el otro, las necesidades de niño fueron secundarias a las necesidades de los demás, desarrollan EDT de: subyugación (supone abandonar el control a causa de sentimientos externos de coerción. Estos individuos esperan que los demás sean agresivos, revanchistas, o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos, por lo que las suprimen) y, autosacrificio (aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás).

Dimensión de sobrevigilancia e inhibición, el ambiente familiar de origen, es severo, demandante, y algunas veces punitivo. Tenemos los EDT de: control excesivo/inhibición emocional (cuando se evita la espontaneidad para mantener la sensación de que previenen y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza) y, norma inalcanzables (recoge la creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica).

Diversos estudios se han realizado en marco a esta temática; Tremblay & Dozois, (2014) realizaron una investigación con 543 mujeres (64,1%) y 304 hombres (35,9%), con edades entre 16 hasta 46 años, con el objetivo de relacionar los esquemas disfuncionales tempranos con la agresión. Los resultados mostraron que la agresión se relaciona con los esquemas de desconfianza, privación emocional, aislamiento social y grandiosidad. A nivel de género, los hombres de este estudio obtuvieron puntuaciones más altas en privación emocional y grandiosidad, mientras que las mujeres puntuaron más alto en auto sacrificio. Por su parte, Ortega & Ortega, (2013) realizaron un análisis descriptivo de los esquemas maladaptativos disfuncionales en un grupo de criminales, y lo compararon con un grupo clínico y un grupo comunitario sin antecedentes criminales. Los resultados permitieron identificar en los criminales cuatro esquemas con

puntuaciones más altas en comparación a los dos grupos control: Desconsideración por los demás, aislamiento social, privación emocional y desconfianza.

Por otra parte, Londoño & Valencia, (2012) describieron el perfil cognitivo de los imputados del Centro de Reflexión del Municipio de Caldas Antioquia. Los resultados mostraron que los esquemas de mayor predominio son los esquemas de vulnerabilidad al daño, inhibición emocional y grandiosidad; y en baja frecuencia autocontrol /insuficiencia y autodisciplina. Asimismo, Londoño *et al.*, (2012) realizaron un estudio con la finalidad de conocer, describir y evaluar los esquemas disfuncionales tempranos en estudiantes del grado décimo y once, que alguna vez hubieran tenido contrato pedagógico disciplinar en la institución educativa José María Bernal (JOMABER) de Caldas, Antioquia. La muestra estuvo conformada por 52 estudiantes, encontrando que es probable que las conductas y dificultades de estos jóvenes en el contexto educativo puedan estar relacionadas con la presencia de esquemas maladaptativos tempranos como vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, y derecho/grandiosidad cuyo origen se asocia a estilos de crianza sobreprotectores o permisivos e indulgentes, en los que se evidencian fallas en el manejo de la autoridad y en el establecimiento de normas y límites claros.

Mientras que, Cifuentes & Londoño, (2011) investigaron sobre el perfil cognitivo y psicopatológico asociados a la conducta antisocial que se lleva a cabo con una muestra de 607 personas imputadas en la ciudad de Medellín, en este estudio se encontró que los esquemas predominantes en la conducta antisocial hacen alusión a los esquemas de insuficiente autocontrol, autodisciplina, derecho grandiosidad y privación emocional.

Ahora bien, entre los comportamientos disfuncionales que pueden adaptar los individuos se incluye la conducta adictiva, que implica el desarrollo de dependencia al consumo, el uso de sustancias psicotrópicas, entre ellas el tabaco, el alcohol, la cocaína, etc. Existe evidencia científica de que las sustancias y las conductas adictivas comparten una característica neurobiológica clave, la activación intensa de las vías cerebrales de recompensa y refuerzo, muchas de las cuales involucran a la dopamina. La adicción a las drogas, se caracteriza por un deterioro social con interrupción de actividades y relaciones sociales cotidianas, conllevando a prácticas riesgosas (Méndez, 2018). Según el CDC, (2021) el consumo de drogas inyectables, puede ser una vía directa del VIH si se comparte agujas, jeringas u otros implementos de inyección contaminadas con el virus. Sin embargo, beber alcohol e ingerir, fumar o inhalar drogas, también, a un mayor riesgo de contraer o transmitir el VIH. Está asociado a la alteración del sano juicio de las personas; esto puede llevarlas a tener comportamientos sexuales riesgosos, por ejemplo, tener relaciones sexuales sin condón o tener múltiples parejas sexuales. Se ha identificado que los adolescentes y adultos jóvenes son los que tienden a participar más frecuentemente, en actividades sexuales riesgosas (Contrera *et al.*, 2008 citado por: Badillo-Viloria *et al.*, 2020)

Según UNICEF, cada tres minutos, un adolescente contrae el VIH. Para el 2017, unos 1,2 millones de jóvenes de 15 a 19 años de edad vivían con el VIH. En el Perú, los casos de VIH en la población de 10 a 19 años, para el 2017, fueron 7.128, de acuerdo al Centro Nacional de Epidemiología del Perú (2017), es decir, aproximadamente el 0,14% de los adolescentes peruanos tienen diagnóstico VIH positivo. Se considera que esta cifra es mucho mayor debido a que existen casos que no son notificados por las limitaciones y/o barreras que tiene la población adolescente para acceder a la prueba de tamizaje para la detección de VIH. Los adolescentes y jóvenes del país constituyen el segmento más vulnerable de la población nacional a la transmisión del VIH, debido a que se inician sexualmente entre los 12 y los 15 años de edad, y la mayor parte de casos reportados, lo contrajo entre los 15 y 19 años de edad. Se estima, 19.761 casos de Sida y 28.624 de VIH, la mayor parte de ellos en Lima. La vía de transmisión es mayoritariamente por vía sexual (97%), de acuerdo a información proporcionada por la Dirección General de Epidemiología del Minsa. La mayor cantidad de personas con VIH tiene entre 25 a 29 años (4.046) y entre 30 y 34 años (3.766), lo que confirma que fueron infectados a temprana edad (Minsa, 2007).

Identificar los esquemas disfuncionales tempranos que predicen determinados comportamientos no apropiados (consumo de drogas y comportamientos sexuales riesgosos) permitiría conocer los mecanismos psicológicos que explican o facilitan este tipo de comportamientos y en consecuencia proponer intervenciones basadas en evidencia para prevenir, tratar y rehabilitar a esta población. Por lo anteriormente mencionado, la presente investigación busca comprender este fenómeno desde una perspectiva cognitiva, planteándonos la siguiente pregunta: ¿Los esquemas disfuncionales tempranos influyen en los comportamientos sexuales riesgosos de VIH/Sida y el consumo de drogas?

Materiales y métodos

Se utiliza un método cuantitativo, con diseño no experimental de tipo transversal y descriptivo (Hernández *et al.*, 2010).

Población y muestra

La población estuvo conformada por todos los adolescentes que se encontraban cumpliendo una medida socioeducativa de privación de la libertad durante el 2018 en los Centros Juveniles de diagnóstico y rehabilitación ubicados en Lima. La muestra estuvo conformada por 388 adolescentes infractores de ambos sexos (H=316 y M=72), los cuales se encontraron cumpliendo una medida socioeducativa de privación de la libertad en tres Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación: CJDR Lima (260), Anexo II de Ancón (56) y el CJDR Santa Margarita (72). Con respecto

al tipo de muestreo, este fue no probabilístico y de tipo intencional. Se consideraron como criterios de inclusión: adolescentes infractores que tenían una medida socioeducativa (sentencia establecida), que tenían hasta seis meses de internamiento en el Centro Juvenil y que mínimamente sabían leer y escribir. Por su parte, los criterios de exclusión fueron: presencia de un diagnóstico psiquiátrico o deterioro funcional moderado o grave.

Instrumentos

Ficha de datos sociodemográficos: Se utilizó la “Ficha sociodemográfica” para conocer las características sociodemográficas de los adolescentes internados en los Centros Juveniles de diagnóstico y rehabilitación ubicados en Lima: sexo, número de internamientos, edad, grado de instrucción, consumo de drogas, etc.

Encuesta de Riesgo Sexual (Sexual Risk Scale - SRS): Esta escala fue validada y aplicada por Turchik & Garske, (2009), la cual se desarrolla para medir una gama de 16 comportamientos sexuales de riesgo, agrupados en 5 factores (F.I: toma de riesgos sexuales con parejas no comprometidas, F.II: actos sexuales arriesgados, F.III: Conductas sexuales impulsivas, F.IV: intención de participar en comportamientos sexuales riesgosos y F.V: actos arriesgados en sexo anal). Se realizó la caracterización de los participantes en dos grupos, de acuerdo al Riesgo Bajo/Alto de VIH/Sida por comportamiento sexual. Los adolescentes considerados con alto riesgo correspondieron a aquellos que manifestaron más de 10 comportamientos riesgosos del total de 16 ítems, ó frecuencias de comportamientos riesgosos mayores al 50% en los 5 factores.

Cuestionario de Esquemas de Young- versión reducida (Young Schema Questionnaire – Short Form: YSQ-SF): Esta escala fue construida por Young y Brown en 1994, su objetivo es evaluar 15 Esquemas Disfuncionales Tempranos (EDT), los cuales están organizados en cinco Dominios/Dimensiones. El YSQ-SF es un cuestionario de 75 ítems, estando cada subescala compuesta por 5 ítems. La escala de medida es de tipo Likert con alternativas de respuesta que oscilan entre 1 y 6 puntos (desde “totalmente falso” a “me describe perfectamente”). Diversos estudios han apoyado la validez del YSQ-SF, sugiriendo una alta sensibilidad de la prueba para identificar psicopatología (Londoño, *et al* 2012). En el Perú, Hilario (2013) evaluó las propiedades psicométricas del cuestionario en estudiantes universitarios de Villa el Salvador – Lima, encontrando que el cuestionario es válido por los métodos de criterio de jueces y análisis por correlación ítem-test, obteniendo un alto nivel de validez de contenido. Así mismo, demuestra confiabilidad en la medición de los métodos de consistencia interna por la fórmula de alpha de Cronbach obteniendo una correlación de 0,963 para todo el instrumento.

Se realizó el análisis de confiabilidad del cuestionario YSQ-SF a través del método de consistencia, mostrando un Coeficiente de alfa de Cronbach de 0,842 y 0,806, respectivamente, para las dimensiones I y II, con 25 ítems cada una; de 0,675, 0,691 y 0,689 para las dimensiones III a IV con 10 ítems cada una; y de 0,975 para la escala total, lo cual significa una adecuada confiabilidad del instrumento, porque supera el punto de corte de 0,70, generalmente aceptado para los instrumentos psicológicos (Miech, 2002). Con respecto a la validez del cuestionario YSQ-SF, se realizó una validez de constructo a través del análisis factorial por componentes principales, con rotación de tipo Varimax. En primer lugar, se utilizó el índice de adecuación de la muestra de Kaiser Meyer Olkin (KMO = 0,802) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 10292.229$, $p < 0.000$), los cuales corroboraron un adecuado tamaño muestral y la pertinencia de aplicar el análisis factorial. En segundo lugar, se analizaron los factores del cuestionario YSQ-SF, en donde la solución factorial del instrumento arrojó quince factores, los cuales explicaron el 51,248% de la varianza. Estos quince factores predominantes serían los quince esquemas disfuncionales tempranos planteados en el cuestionario.

Cabe destacar que no existen puntos de corte para población de adolescentes infractores, por lo tanto, se calcularon los cuartiles para el cálculo de presencia significativa de los Esquemas Disfuncionales Tempranos (cuartil 75), lo cual permitió realizar los análisis Univariados y Bivariados.

Procedimiento

Para realizar esta investigación y la aplicación del instrumento, se solicitaron los permisos correspondientes a los miembros del directorio de cada uno de los Centros Juveniles en donde se encuentran internados las y los adolescentes focalizados para el estudio. Se establecieron las fechas y horarios en las que se realizaría la aplicación del instrumento, ya que los internos deben, obligatoriamente, cumplir con un horario. La participación de los adolescentes fue de manera voluntaria. Luego, se procedió a efectuar la aplicación correspondiente. Este proceso se llevó a cabo en los ambientes apropiados con los que cuenta el Centro, ya sea el salón de clase o las oficinas de los psicólogos que laboren en el mismo. Al inicio de la aplicación, el encargado de la aplicación de la prueba leía en voz alta el asentimiento informado y las instrucciones del cuestionario que correspondía y posteriormente, el o la adolescente iniciaba con el llenado correspondiente de las Fichas.

Posteriormente, se procedió a la elaboración de la base de datos para el procesamiento estadístico haciendo uso del paquete estadístico SPSS Versión 22.0. Se realizaron análisis de frecuencias de las variables sociodemográficas y las variables de estudio. Para verificar la asociación entre las variables de estudio, se utilizó Chi cuadrado y para determinar el tamaño del efecto, se utilizó la prueba Phi donde 0,1 corresponde a pequeño, 0,3 mediano y 0,5 grande (Cárdenas & Arancibia; 2014).

Resultados

Del total de encuestados, en su mayoría tenían entre 16 a 20 años, 358/388 (92,3%), siendo la edad con mayor frecuencia la de 18 años 135/388 (34,8%), predominando el sexo masculino 316/388 (81,4%); en cuanto al nivel de estudios en su mayoría, manifestaron, tener secundaria incompleta 312/388 (80,4%). Gran parte de los participantes informaron estar solteros 320/388 (82,5%). Mientras que el 56,4% (219/388) no se han realizado la prueba de diagnóstico de VIH, 42,5% (165/388) aseveraron tener resultados no reactivos y el 1% (4/388) afirmaron que sus resultados fueron reactivos a VIH. De los encuestados seropositivos a VIH, 3 son masculinos y 1 femenina (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y diagnóstico de VIH de los adolescentes infractores

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
14	0	0	2	2,8	2	0,5
15	2	0,6	10	13,9	12	3,1
16	16	5,1	25	34,7	41	10,6
17	96	30,4	17	23,6	113	29,1
18	120	38	15	20,8	135	34,8
19	44	13,9	2	2,8	46	11,9
20	22	7	1	1,4	23	5,9
21	12	3,8	0	0	12	3,1
22	4	1,3	0	0	4	1,0
Nivel de estudios						
Primaria incompleta	41	13	2	2,8	43	11,1
Primaria completa	2	0,6	0	0	2	0,5
Secundaria incompleta	250	79,1	62	86,1	312	80,4
Secundaria completa	23	7,3	8	11,1	31	8,0
Estado civil						
Soltero	252	79,8	68	94,4	320	82,5
Conviviente	62	19,6	4	5,6	66	17,0
Separado	2	0,6	0	0	2	0,5
Prueba de diagnóstico de VIH						
No realizada	187	59,2	32	44,4	219	56,4
Negativa	126	39,9	39	54,2	165	42,5
Positiva	3	0,9	1	1,4	4	1
Total	316	100	72	100	388	100,0

Para identificar conductas sexuales riesgosas a la transmisión de VIH, se les consulto a los participantes sobre su sexualidad; el 95,6% (363/388) ha tenido encuentros sexuales y 6,4% (25/388) lo negaron. Asimismo, 83,51% (324/388) manifestaron haber tenido sexo vaginal sin condón, mientras que, 65,72% (255/388) salen con la intención de participar en comportamientos sexuales; 60,05% (233/388) tiene comportamiento sexual recurrente; 54,64% (212/388) han tenido experiencia sexual inesperada; 56,19% (218/388) sale con intenciones de tener relaciones sexuales; 31,19% (121/388) han tenido sexo con alguien que tienen sexo con otros y, 31,44% (122/388) tienen sexo con múltiples parejas sin relación sentimental. En cuanto a la felación, *cunnilingus* y *analingus* sin protección, lo refieren practicar el 19,33% (75/388); 36,34% (141/388) y 10,31% (40/388, respectivamente (tabla 2).

Tabla 2. Conductas sexuales de riesgo a VIH/Sida de los internos

Sexualidad	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ha tenido encuentros sexuales	298	94,30	65	90,28	363	93,56
No ha tenido encuentros sexuales	18	5,70	7	9,72	25	6,44
Comportamiento sexual riesgoso						
F.I - Sexo con desconocidos	113	35,76	21	29,17	134	34,54
F.I - Sexo con alguien que tuvo muchas parejas	54	17,09	32	44,44	86	22,16
F.I - Sexo con alguien que también tiene sexo con otros	96	30,38	25	34,72	121	31,19
F.II - Sexo vaginal sin condón	272	86,08	52	72,22	324	83,51
F.II - <i>Fellatio</i> sin condón	41	12,97	34	47,22	75	19,33
F.II - <i>Cunnilingus</i> sin protección	135	42,72	6	8,33	141	36,34
F.II - Sexo bajo la influencia de sustancias	129	40,82	27	37,50	156	40,21
F.III - Sexo con múltiples parejas sin relación sentimental	108	34,18	14	19,44	122	31,44
F.III - Comportamiento sexual recurrente	214	67,72	19	26,39	233	60,05
F.III - Experiencia sexual inesperada	186	58,86	26	36,11	212	54,64
F.III - Encuentro sexual lamentado	11	3,48	17	23,61	28	7,22
F.IV - Dejó un evento social con alguien	80	25,32	32	44,44	112	28,87
F.IV - Sale con la intención de participar en comportamiento sexual	227	71,84	28	38,89	255	65,72
F.IV - Sale con la intención de tener relaciones sexuales	195	61,71	23	31,94	218	56,19
F.V - <i>Analingus</i> sin protección	29	9,18	11	15,28	40	10,31
F.V - Sexo anal sin protección	53	16,77	6	8,33	59	15,21
Caracterización del riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual						
Bajo	240	75,95	58	80,56	298	76,80
Alto	76	24,05	14	19,44	90	23,20
TOTAL	316	100	72	100	388	100

Por otra parte, se identificó la presencia significativa de EDT en los y las adolescentes de los Centros Juveniles (cuartil 75); encontrándose que, los de mayor prevalencia en los adolescentes del CJDR-Lima son estándares inflexibles, dependencia y aislamiento social; mientras que, en los adolescentes del CJDR-Santa Margarita son estándares inflexibles, inhibición emocional y aislamiento social. Finalmente, los EDT de mayor prevalencia en los adolescentes del Anexo II de Ancón son Fracaso, inhibición emocional, subyugación y grandiosidad (Tabla 3). Luego, se compararon las medias de los EDT según Centro Juvenil y la variable “sexo”. Para ello, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (K-S), en donde se identificó que la distribución no es normal ($p < 0,05$), por lo cual se debía hacer uso de pruebas no paramétricas (tabla 3).

Tabla 3. Prueba de normalidad de la prevalencia de esquemas disfuncionales tempranos de los internos

EDT	CJDR-Lima		CJDR-Santa M.		CJ-Ancón		Kolmogorov-Smirnova		
	N	%	N	%	N	%	Estadístico	gl	Sig.
D.I - Privación emocional	155	59,6	20	27,8	25	44,6	0,08	388	0
D.I - Abandono	137	52,7	26	36,1	14	25	0,098	388	0
D.I - Desconfianza	121	46,5	19	26,4	24	42,9	0,066	388	0
D.I - Aislamiento social	182	70	43	59,7	30	53,6	0,105	388	0
D.I - Vergüenza	148	56,9	37	51,4	29	51,8	0,099	388	0
D.II - Fracaso	164	63,1	39	54,2	36	64,3	0,109	388	0
D.II - Dependencia	204	78,5	37	51,4	28	50	0,086	388	0
D.II - Vulnerabilidad al daño	171	65,8	39	54,2	27	48,2	0,064	388	0
D.II - Yo dependiente	134	51,5	26	36,1	17	30,4	0,084	388	0
D.III - Grandiosidad	143	55	28	38,9	32	57,1	0,102	388	0
D.III - Autocontrol insuficiente	106	40,8	23	31,9	25	44,6	0,103	388	0
D.IV - Subyugación	145	55,8	33	45,8	32	57,1	0,081	388	0
D.IV - Auto sacrificio	145	55,8	35	48,6	24	42,9	0,097	388	0
D.V - Inhibición emocional	164	63,1	45	62,5	33	58,9	0,062	388	0
D.V - Estándares inflexibles	227	87,3	52	72,2	26	46,4	0,071	388	0

Se analizaron las diferencias de EDT entre los adolescentes infractores internados en los CJDR- Lima, CJDR-Santa Margarita y CJ Ancón, a través de una prueba no paramétrica. Los resultados de la prueba “Kruskal-Wallis” mostraron que las diferencias de medias de 11 EDT entre tres grupos (Centros juveniles) fueron bastante significativas; siendo las puntuaciones de 9 esquemas mayores en los adolescentes infractores del CJDR-Lima (privación emocional, abandono, aislamiento, fracaso, dependencia, vulnerabilidad al daño, yo dependiente, auto sacrificio y estándares inflexibles); mientras que, en 2 EDT (desconfianza y grandiosidad) obtuvieron mayor medias los adolescentes infractores internados en el CJ de Ancón (Tabla 4). También se analizaron las diferencias de EDT entre hombres y mujeres, a través de una prueba no paramétrica. Los resultados de la prueba “U de Mann-Whitney” mostraron que las diferencias de medias de 8 EDT entre dos grupos (hombres y mujeres) fueron bastante significativas (privación emocional, abandono, desconfianza, fracaso, dependencia, vulnerabilidad al daño, estándares inflexibles y grandiosidad); siendo las puntuaciones de estos esquemas mayores para los hombres (tabla 4).

Tabla 4. Prueba de normalidad de la prevalencia de esquemas disfuncionales tempranos de los internos

EDT	Locación							Género				
	CJDR-Lima		CJDR-Santa M.		CJ-Ancón		p	Hombres		Mujeres		p
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		Media	DS	Media	DS	
D.I - Privación emocional	15,5	6	11,3	4,44	13,5	4,2	0,000**	15,1	5,77	11,3	4,44	0,000**
D.I - Abandono	15,9	6,17	13,4	6,6	12,86	6,29	0,000**	15,4	6,29	13,4	6,6	0,014*
D.I - Desconfianza	15,75	5,51	13,1	5,13	15,8	4,63	0,001**	15,8	5,36	13,1	5,13	0,000**
D.I - Aislamiento social	14,4	5,49	12,8	5,54	12,32	4,87	0,004**	14,02	5,43	12,8	5,54	0,051
D.I - Vergüenza	12,56	5,68	11,3	5,55	11,29	4,52	0,121	12,33	5,51	11,3	5,55	0,117
D.II - Fracaso	12,8	6,18	11	6,33	11,43	4,24	0,033*	12,5	5,9	11	6,33	0,015*
D.II - Dependencia	14,5	4,79	11,4	4,72	10,79	4,5	0,000**	13,8	4,94	11,4	4,72	0,000**
D.II - Vulnerabilidad al daño	16,2	5,88	13,7	5,28	13,68	4,52	0,001**	15,7	5,73	13,7	5,28	0,011*
D.II - Yo dependiente	12,9	4,67	12,1	5,1	10,77	5,31	0,002**	12,54	4,85	12,1	5,1	0,325
D.III - Grandiosidad	15,72	5,28	13	4,7	15,7	4,96	0,001**	15,7	5,22	13,1	5,13	0,000**
D.III - Autocontrol insuficiente	13,93	5,3	13,2	4,95	14,09	5,23	0,507	13,96	5,28	12,8	5,54	0,269
D.IV - Subyugación	12,77	4,97	11,4	4,65	11,63	4,23	0,075	12,57	4,86	11,4	4,65	0,078
D.IV - Auto sacrificio	16,2	5,72	15,1	5,85	14,18	4,22	0,031*	15,84	5,53	15,1	5,85	0,207
D.V - Inhibición emocional	15,57	5,12	15,1	5,57	15,05	4,8	0,48	15,48	5,06	11,3	4,44	0,284
D.V - Estándares inflexibles	19,8	5,24	16,9	5,69	14,62	4,71	0,000**	18,9	5,51	13,4	6,6	0,008**

Por otro lado, se identifica que la mayoría de los y las adolescentes consumían sustancias psicoactivas (SPA); según la prueba chi cuadrada calculada, la variable “sexo” no se asocia al consumo de drogas (0,339). Asimismo, la droga de mayor consumo en ambos sexos es la Marihuana (tabla 5).

Tabla 5. Consumo de drogas en adolescentes infractores

Consumo de drogas	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
No consumía de SPA	44	13,9	8	11,1	52	13,4
Consumía SPA	272	86,1	64	88,9	336	86,6
Droga de mayor consumo						
Alcohol	21	6,6	23	31,9	44	11,3
Bombos	35	11,1	0	0	35	9,0
Cigarros	2	0,6	0	0	2	,5
Cocaína	7	2,2	0	0	7	1,8
Crack	3	0,9	0	0	3	,8
Marihuana	158	50	40	55,6	198	51,0
Mixtos	23	7,3	0	0	23	5,9
PBC	21	6,6	0	0	21	5,4
Terokal	0	0	1	1,4	1	,3
Varias spa	2	0,6	0	0	2	,5
No consume	44	13,9	8	11,1	52	13,4
Total	316	100	72	100	388	100,0

En la tabla 6 podemos observar que, a través de los valores de la prueba chi cuadrada, existe asociación significativa ($p < 0,05$) entre los esquemas de Abandono, Desconfianza, Privación emocional, Dependencia y Autocontrol insuficiente con la variable “Consumo de SPA”, siendo el tamaño del efecto pequeño para dichos esquemas. En todos estos esquemas existe una mayor prevalencia de los EDT en el grupo de adolescentes infractores que consumían SPA.

Tabla 6. Esquemas disfuncionales tempranos de los adolescentes según Consumo de SPA

Esquemas disfuncionales tempranos		Consumo de SPA				X ²	Phi
		SI		NO			
		N	%	N	%		
D.I – Abandono	Ausencia	173	51,5	38	73,1	8,460**	,148
	Presencia	163	48,5	14	26,9		
D.I - Aislamiento social	Ausencia	110	32,7	23	44,2	2,640	,082
	Presencia	226	67,3	29	55,8		
D.I - Desconfianza	Ausencia	186	55,4	38	73,1	5,794*	,122
	Presencia	150	44,6	14	26,9		
D.I - Privación emocional	Ausencia	153	45,5	35	67,3	8,546**	,148
	Presencia	183	54,5	17	32,7		
D.I – Vergüenza	Ausencia	148	44	26	50	,645	,041
	Presencia	188	56	26	50		
D.II - Dependencia	Ausencia	90	26,8	29	55,8	17,790**	,214
	Presencia	246	73,2	23	44,2		
D.II - Fracaso	Ausencia	126	37,5	23	44,2	,862	,047
	Presencia	210	62,5	29	55,8		
D.II - Vulnerabilidad	Ausencia	126	37,5	25	48,1	2,119	,074
	Presencia	210	62,5	27	51,9		
D.II - Yo dependiente	Ausencia	178	53	33	63,5	1,995	,072
	Presencia	158	47	19	36,5		
D.III - Autocontrol insuf.	Ausencia	196	58,3	38	73,1	4,089*	,103
	Presencia	140	41,7	14	26,9		
D.III - Grandiosidad	Ausencia	154	45,8	31	59,6	3,429	,094
	Presencia	182	54,2	21	40,4		
D.IV - Auto sacrificio	Ausencia	158	47	26	50	,160	,020
	Presencia	178	53	26	50		
D.IV - Subyugación	Ausencia	150	44,6	28	53,8	1,536	,063
	Presencia	186	55,4	24	46,2		
D.V - estándares inflexibles	Ausencia	70	20,8	13	25	,465	,035
	Presencia	266	79,2	39	75		
D.V - Inhibición emocional	Ausencia	126	37,5	20	38,5	,018	,007
	Presencia	210	61,5	32	61,5		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Phi = .1 corresponde a pequeño, .3 mediano y .5 grande

Asimismo, se evaluó si los EDT que tienen asociación significativa predicen el consumo de SPA. En la tabla 7, se observa que la razón entre adolescentes consumidores de SPA y “no consumidores”, es 2,557, 2,189, 2,463, 3,446 y 1,939 veces mayor en adolescentes con los EDT de abandono, desconfianza, privación emocional, dependencia y autocontrol insuficiente, respectivamente, en comparación con los adolescentes sin dichos esquemas. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla 7. Odds Ratio para los EDT y consumo de SPA

EDT	OR	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
D.I – Abandono	2,557	1,336	4,894
D.I – Desconfianza	2,189	1,143	4,191
D.I - Privación emocional	2,463	1,327	4,568
D.II – Dependencia	3,446	1,895	6,268
D.III - Autocontrol insuficiente	1,939	1,012	3,714

En la tabla 8 podemos observar que, a través de los valores de la prueba chi cuadrada, existe asociación significativa ($p < 0,05$) entre los esquemas de esquemas de Subyugación, Privación emocional y Autosacrificio con la variable conductas sexuales de riesgo a VIH/Sida, siendo el tamaño del efecto pequeño para dichos esquemas. En todos estos esquemas existe una mayor prevalencia de los EDT en el grupo de adolescentes infractores que muestran conductas sexuales de riesgo a VIH/Sida

Tabla 8. Esquemas disfuncionales tempranos de los adolescentes según riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual

Esquemas disfuncionales tempranos		Riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual				X ²	Phi
		Alto		Bajo			
		N	%	N	%		
D.I – Abandono	Ausencia	53	58,9	158	53	0,96	-0,05
	Presencia	37	41,1	140	47		
D.I - Aislamiento social	Ausencia	33	36,7	100	33,6	0,297	0,028
	Presencia	57	63,3	198	66,4		
D.I – Desconfianza	Ausencia	46	51,1	178	59,7	2,105	0,074
	Presencia	44	48,9	120	40,3		
D.I - Privación emocional	Ausencia	34	37,8	154	51,7	5,347*	117
	Presencia	56	62,2	144	48,3		
D.I – Vergüenza	Ausencia	43	47,8	131	44	0,407	-0,032
	Presencia	47	52,2	167	56		
D.II – Dependencia	Ausencia	27	30	92	30,9	0,025	0,008
	Presencia	63	70	206	69,1		
D.II – Fracaso	Ausencia	29	32,2	120	40,3	1,892	0,07
	Presencia	61	67,8	178	59,7		
D.II – Vulnerabilidad	Ausencia	36	40	115	38,6	0,058	-0,012
	Presencia	54	60	183	61,4		
D.II - Yo dependiente	Ausencia	47	52,2	164	55	0,22	0,024
	Presencia	43	47,8	134	45		
D.III - Autocontrol insuficiente	Ausencia	50	55,6	184	61,7	1,106	0,053
	Presencia	40	44,4	114	38,3		
D.III – Grandiosidad	Ausencia	41	45,6	144	48,3	0,212	0,023
	Presencia	49	54,4	154	51,7		
D.IV - Auto sacrificio	Ausencia	31	34,4	153	51,3	7,916**	0,143
	Presencia	59	65,6	145	48,7		
D.IV - Subyugación	Ausencia	32	35,6	146	49	5,027*	0,114
	Presencia	58	64,4	152	51		
D.V - estándares inflexibles	Ausencia	20	22,2	63	21,1	0,048	-0,011
	Presencia	70	77,8	235	78,9		
D.V - Inhibición emocional	Ausencia	31	34,4	115	38,6	0,506	0,036
	Presencia	59	65,6	183	61,4		

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$; Phi = 0,1 corresponde a pequeño, 0,3 mediano y 0,5 grande

Asimismo, se evaluó si los EDT que tienen asociación significativa predicen tener conductas sexuales de riesgo a VIH/Sida. En la tabla 9, se observa que la razón entre adolescentes con y sin conducta es 1,761; 2,008 y 1,741 veces mayor en adolescentes con los EDT de privación emocional, autocontrol insuficiente y subyugación, respectivamente, en comparación con los adolescentes sin dichos esquemas. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla 9. Odds Ratio para los EDT y riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual

EDT	OR	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
D.I - Privación emocional	1,761	1,087	2,855
D.IV - Auto sacrificio	2,008	1,230	3,280
D.IV - Subyugación	1,741	1,069	2,835

En la tabla 10 podemos observar que, a través de los valores de la prueba chi cuadrada, no existe una asociación significativa ($p < 0,05$) entre la variable “consumo de SPA” y “riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual” lo cual

evidencia que el consumo de SPA se encuentra presente y de manera equitativa en los grupos con riesgo bajo y alto de VIH/Sida por comportamiento sexual.

Tabla 10. Consumo de SPA y riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual

	Riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual				X ²	Phi
	Alto		Bajo			
	N	%	N	%		
Consumo de SPA	80	88,9	256	85,9	0,530	0,037
No consumo de SPA	10	11,1	42	14,1		

*p < 0,05. **p < 0,01; Phi = 0,1 corresponde a pequeño, 0,3 mediano y 0,5 grande

Discusión

Según estimaciones mundiales (WHO, 2017), ocurren cerca de 376 millones de nuevos casos de cuatro tipos de ITS curables (clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis), en personas entre 15 y 49 años (Newman *et al.*, 2015); como principal consecuencia de comportamientos sexuales riesgosos que ocurren todos los días, la carga global de estas enfermedades sigue siendo alta, y conducen al aumento de la transmisión del VIH entre otras complicaciones (WHO, 2017). Durante la adolescencia se encuentra más activo el despertar sexual y las conductas orientadas hacia el goce o el placer, sin tener en cuenta las derivaciones (Reguera-Torres *et al.*, 2015), siendo consistente a lo observado en este estudio, donde el 95,6% de los y las adolescentes han tenido encuentros sexuales. Los datos sociodemográficos son similares a los reportados en otras investigaciones, la edad presenta una moda de 18 años, en su mayoría solteros (Morales-Mesa *et al.*, 2014; Uribe-Rodríguez *et al.*, 2016), con un nivel educativo de secundaria incompleta.

Autores han indicado como factor de riesgo que favorece la transmisión de ITS/VIH, el inicio sexual a temprana edad, las cuales generalmente se realizan de manera arriesgada (prácticas sexuales sin protección), principalmente el sexo vaginal en el que 83,5% de la población refiere haberlo practicado más de 1 vez sin la protección del condón, siendo comparable a los observados en estudios previos (Morales-Mesa *et al.*, 2014; Valencia *et al.*, 2012). En cuanto a lo relacionado con las prácticas sexuales orales, 36,3% realizan el cunnilingus y 19,33% *fellatio* sin protección (Uribe-Rodríguez *et al.*, 2016). Según Morales *et al.*, (2018) estas prácticas se convierten en situaciones de alarma y riesgo de infección para ITS, a través del contacto con secreciones como el presemen, semen y secreciones vaginales. Un dato atrayente es que 15,21% de los encuestados han tenido sexo anal sin protección, siendo similares a otros reportes (Uribe-Rodríguez *et al.*, 2016; Morales *et al.*, 2018), esta práctica se ha asociado como el más alto riesgo para la transmisión de VIH en contraste con la práctica del sexo vaginal sin protección (Badillo-Viloria *et al.*, 2020). En cuanto a la caracterización del riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual, estadísticamente, se identificó a la mayor parte de los encuestados, con riesgo bajo (76,80%). Sin embargo, es necesario realizar una intervención educativa urgente, orientada a buenas y responsables prácticas sexuales, considerando al 23,20% de los y las adolescentes con riesgo alto a la infección por comportamiento sexual riesgoso, aunado a que, 56,4% no se ha realizado la prueba de diagnóstico de VIH.

En relación a los esquemas disfuncionales tempranos (EDT) en adolescentes infractores de los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación (CJDR) de Lima y Santa Margarita, se identificó que en ambos grupos los EDT con presencia significativa de mayor prevalencia son: estándares inflexibles y aislamiento social. El primero de estos EDT, estándares inflexibles, hace referencia a la creencia nuclear que uno debe esforzarse para satisfacer estándares muy elevados con el fin de ganar la aprobación de los demás y así evitar la crítica. Esta postura incluye una tendencia hacia la hipercrítica personal y del entorno, estos resultados manifiestan que los progenitores de los niños o adolescentes con problemas de comportamiento ejercen el castigo para corregir la conducta por medio de gritos, regaños y obligan a que se cumplan las reglas, a la vez que retiran la atención. Este esquema es explicado por los estándares altos de exigencia que tienen los progenitores para sí mismos y para los demás, con el fin de evitar la crítica (Castrillón *et al.*, 2005; Estévez & Calvete, 2007). Mientras que, el segundo EDT, aislamiento social, hace referencia a la creencia y sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, que es diferente de los demás y/o que no es parte de la comunidad, lo cual surge de experiencias de rechazo tanto familiar como social, falta de habilidades sociales y falta de conexión con otras personas.

En los y las adolescentes de los CJDR de Lima y Santa Margarita, se identificó que en ambos grupos los EDT con presencia significativa de mayor prevalencia son: estándares inflexibles y aislamiento social. El primero de estos EDT, estándares inflexibles, hace referencia a la creencia nuclear que uno debe esforzarse para satisfacer estándares muy elevados con el fin de ganar la aprobación de los demás y así evitar la crítica. Esta postura incluye una tendencia hacia la hipercrítica personal y del entorno, estos resultados manifiestan que los progenitores de los niños o adolescentes con problemas de comportamiento ejercen el castigo para corregir la conducta por medio de gritos, regaños y obligan a que se cumplan las reglas, a la vez que retiran la atención. Este esquema es explicado por los estándares altos de exigencia que tienen los progenitores para sí mismos y para los demás, con el fin de evitar la crítica (Castrillón *et al.*, 2005; Estévez & Calvete, 2007). Mientras que, el segundo EDT, aislamiento social, hace referencia a la creencia y sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, que es diferente de los demás y/o que no es parte de la comunidad, lo cual surge de experiencias de rechazo tanto familiar como social, falta de habilidades sociales y falta de conexión con otras personas.

Adicionalmente, se encontró que el EDT de dependencia, es uno de los 3 EDT con presencia significativa en los adolescentes del CJDR-Lima. Este EDT se relaciona con la creencia de ser incompetente, que está desamparado y, por tanto, necesita la asistencia de los demás para funcionar. En un estudio realizado por Bernstein, (2002) este esquema se relaciona con un trastorno dependiente, y cuando este se relaciona con la delincuencia, de alguna manera se “unen” a personas con personalidad psicopática, dada su gran necesidad de estimación y de integración grupal, y, de este modo, se convierten en cómplices, más o menos pasivos, de conductas violentas. Así, son capaces de hacer cualquier cosa por mantenerse al lado de ese hombre o mujer que le cuida, le protege, y, en definitiva, le hace sentirse más seguro, incluso llegando a asesinar a “sangre fría”. Por su parte, se encontró que el EDT de inhibición emocional, es uno de los 03 EDT con presencia significativa en las adolescentes del CJDR-Santa Margarita y adolescentes del Anexo II de Ancón. Este EDT se encuentra en individuos que evitan la espontaneidad para mantener la sensación de que prevén y controlan sus vidas, o para evitar la vergüenza, se puede señalar que las adolescentes con estos esquemas coinciden a menudo con parejas que son emocionales e impulsivas y en muchos casos con conductas antisociales. Es así que Herrenkohl *et al.*, (2001) también confirman en su estudio que el relacionarse con pares antisociales tendría grandes y persistentes efectos sobre el comportamiento violento y delictivo posterior, también, que la relación con los pares a la edad de 14 años, sería uno de los mediadores más potentes de los factores de riesgo tempranos.

Asimismo, en los adolescentes del Anexo II de Ancón, se identificaron otros EDT con presencia significativa de mayor prevalencia: fracaso, subyugación y grandiosidad. Cabe señalar que, el Anexo II de Ancón alberga a un grupo de adolescentes que son catalogados como de “alta peligrosidad”, algunos son trasladados a dicho establecimiento por su mayoría de edad, su ranking delictivo y/o su comportamiento antisocial en un CJDR. En ese sentido, es necesario precisar que, el EDT de fracaso supone la creencia de que “uno ha fracasado o fracasará inevitablemente”, o de que se es inherentemente inadecuado con respecto a sus amigos, en áreas de logro (educación, carrera, deportes, etc.). Este esquema se relaciona al medio social en el cual, aparte de su familia, está inserto el adolescente, donde es posible apreciar un rechazo del grupo de pares y un bajo rendimiento académico. Vázquez, (2003) refiere ante las manifestación de conductas desviadas, el adolescente no es aceptado por sus iguales en el ámbito escolar, existiendo una dificultad para acatar normas del grupo e interpretar correctamente las conductas aceptadas socialmente y actuando de manera incorrecta ante las provocaciones, siendo en muchos casos que el adolescente se involucre en conductas delictivas.

El EDT de grandiosidad implica la creencia de que “uno es superior a otras personas” y merecedor de derechos y privilegios especiales. Este esquema se muestra con alta prevalencia en imputados (Londoño & Valencia, 2012), en personas con conductas antisociales (Cifuentes & Londoño, 2011), además ha sido asociado a la conducta violenta (Calvete & Orúe, 2010). Es importante destacar, que desde la terapia de esquemas se diferencia entre varios tipos de esquemas disfuncionales de grandiosidad. Por una parte, la “grandiosidad frágil”, entendida como aquella que aparece como una forma de sobrecompensar los sentimientos subyacentes de imperfección y privación emocional, y que se relaciona con el trastorno de personalidad narcisista (Young *et al.*, 2003), por otra, la “grandiosidad pura”, que es aquella que proviene de una falta de límites y no asunción de responsabilidades con respecto a los demás y a la propia conducta. Este esquema ha sido asociado a la conducta violenta proactiva (Tremblay & Dozois, 2009; Calvete & Orúe, 2010), la cual aparece de manera instrumental y con la expectativa de conseguir un beneficio u objetivo (Crick & Dodge, 1996). El esquema de grandiosidad se ha asociado, además, a la violencia física y verbal, y a la violencia física filio-parental (de hijos a padres) (Tremblay & Dozois, 2009). Por su parte, el EDT subyugación supone abandonar el control a causa de sentimientos externos de coerción. Estos individuos esperan que los demás sean agresivos, revanchistas, o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos, por lo que las suprimen.

Además, se encontraron mayores puntuaciones en las medias de 9 EDT en el grupo de adolescentes del CJDR - Lima, en comparación con los otros grupos (diferencias estadísticamente significativas): privación emocional, abandono, aislamiento, fracaso, dependencia, vulnerabilidad al daño, yo dependiente, auto sacrificio y estándares inflexibles. Asimismo, se encontraron mayores puntuaciones en las medias de 2 EDT en el grupo de adolescentes del CJ-Ancón: desconfianza y grandiosidad. El EDT de desconfianza se refiere a la creencia que tienen los individuos sobre esperar que los demás lo hieran o se aprovechen de él. Al respecto, Shaffer, (2002) considera que la conducta agresiva se puede presentar como una respuesta a una provocación o a la percepción de un daño, lo que dependería en mayor medida de la interpretación cognitiva “sesgada” que hace el individuo de la situación en cuestión, que de la cantidad de daño percibido. Esta tendencia a malinterpretar y a realizar atribuciones negativas, está bien documentada en poblaciones de niños y adolescentes con problemas de conducta y agresividad, quienes suelen mostrar importantes déficits en la interpretación que hacen de las intenciones de los demás (Kassinove & Tafrate, 2005; Dodge *et al.*, 2006; Calvete & Estévez, 2009; Dodge, 2011). Talino, (2010) refiere al respecto que precisamente la distorsión “asumir lo peor”, podría ser el predictor más importante de la conducta antisocial en jóvenes y adolescentes.

Por otro lado, en cuanto al sexo, se encontraron mayores puntuaciones en las medias de 8 EDT en el grupo de hombres, en comparación al de las mujeres (diferencias estadísticamente significativas): privación emocional, abandono, desconfianza, fracaso, dependencia, vulnerabilidad al daño, estándares inflexibles y grandiosidad. Por su parte, Mate, (2018) encontró que los hombres tienen mayores puntuaciones en los esquemas cognitivos de privación emocional, estándares inflexibles, inhibición emocional y Derecho/grandiosidad, en comparación con el grupo de mujeres en población joven y adolescente.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), no se encontró una asociación significativa entre la variable “Sexo” y “consumo de SPA” en los y las adolescentes infractores, lo cual evidencia que la frecuencia de consumo de SPA es equitativa tanto en hombres como en mujeres; asimismo, la droga de mayor consumo en ambos sexos es la marihuana (51%); siendo muy parecido a lo que identificó DEVIDA, (2013) reportando a la marihuana (42,7%) como la droga ilegal de mayor consumo en los adolescentes infractores de los Centros Juveniles; mientras que, CONAPOC, (2017) encontró que, 48,8% de estos adolescentes infractores, refirieron consumir marihuana.

Sobre la relación del consumo de SPA con los EDT, Ball, (1998) postuló que el uso de sustancias puede verse como un medio por el cual los usuarios de sustancias intentan evitar los sentimientos y creencias negativas asociadas con su EDT. Este autor, planteó la hipótesis de que los EDT de insuficiente autocontrol y derechos/Grandiosidad sientan las bases para el desarrollo de los trastornos por uso de SPA. Se han encontrado asociaciones entre EDT y abuso de sustancias (Calvete & Estévez, 2009; Estévez *et al.*, 2016) y abuso de alcohol (Bello, *et al.*, 2010). En diversos estudios, se han encontrado constantemente niveles elevados de EDT en la población con trastorno por uso de SPA (Ball & Young, 2000; Brotchie *et al.*, 2006; Roper *et al.*, 2010).

Estos planteamientos van en relación con los resultados del presente estudio, en donde se encontró una asociación significativa entre la variable “Consumo de SPA” y 5 EDT (abandono, desconfianza, privación emocional, dependencia y autocontrol insuficiente), la mayor prevalencia corresponde al grupo de adolescentes infractores que consumían SPA. Asimismo, se evidenció que los adolescentes infractores con los EDT de abandono, desconfianza, privación emocional, dependencia y autocontrol insuficiente/impulsividad más probabilidades de consumir SPA. Por su parte, las investigaciones realizadas por Lotfi, (2006); Dale *et al.*, (2010) y Wang *et al.*, (2010) mostraron que los adictos tenían más daños psicológicos y mayor número de esquemas desadaptativos en comparación con los no adictos. Sus resultados sugirieron que la dimensión de desconexión y el rechazo ocurrieron con mayor frecuencia en los adictos (abandono, desconfianza, privación emocional, imperfección y aislamiento social). Asimismo, Brummet encontró que los esquemas de dependencia e impulsividad son más propensos a consumir sustancias. Por otro lado, Razavi & Soltaninezhad, (2012) encontraron que, a través del análisis de regresión logística, el enredo, la privación emocional y los esquemas desadaptativos de vulnerabilidad al daño o la enfermedad pueden predecir la adicción. Estos hallazgos, respaldan la hipótesis de que las SPA son un medio por el cual los usuarios intentan evitar desencadenar emociones desagradables inherentes a sus EDT.

Estos planteamientos, son respaldados por varios estudios; por ejemplo, Loper, (2003) encontró que las puntuaciones más altas en el dominio de límites deteriorados (que abarcaba los esquemas de derecho y autocontrol insuficiente) se asociaron con niveles más altos de agresión física ($\beta = 0,37$), amenazas verbales ($\beta = 0,36$) y hostilidad ($\beta = 0,33$). El esquema desconfianza/abuso se relacionó con rasgo de ira (Calvete *et al.*, 2005), agresión (Crawford & Wright, 2007; Dunne *et al.*, 2018; Tremblay & Dozois, 2009), hostilidad (Calvete & Orue, 2012), y agresión sexual (Sigre-Leirós *et al.*, 2013). El derecho/grandiosidad se relacionó con el rasgo de ira (Calvete *et al.*, 2005; McKee *et al.*, 2012), agresión (Crawford & Wright, 2007; Tremblay & Dozois, 2009; Gilbert *et al.*, 2013; Dunne *et al.*, 2018), hostilidad (Calvete *et al.*, 2013), ira y respuesta agresiva (Calvete & Orue, 2012; Orue *et al.*, 2019). El autocontrol insuficiente se asoció con rasgo de ira (Calvete *et al.*, 2005; McKee *et al.*, 2012; Gilbert *et al.*, 2013), agresión (Crawford & Wright, 2007; Tremblay & Dozois, 2009; Gilbert *et al.*, 2013; Dunne *et al.*, 2018), y hostilidad (Calvete *et al.*, 2013).

En conclusión, la asociación estadísticamente significativa entre la variable “Riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual” y EDT: Subyugación, Privación emocional y Autosacrificio, con mayor prevalencia en adolescentes infractores con comportamiento riesgoso. Sugieren que, los adolescentes infractores con los EDT de privación emocional, autocontrol insuficiente y subyugación tienen, más probabilidades de mostrar comportamientos de riesgo a VIH/Sida. Algunos estudios, han encontrado que los EDT de subyugación, vulnerabilidad al daño e inhibición emocional, se han relacionado con comportamientos impulsivos (Brotchie *et al.*, 2004). Junto con estos EDT, el de estándares inflexibles, autosacrificio y búsqueda de aprobación, tuvieron una puntuación más alta en el grupo ira en comparación con otros grupos. Mientras que, no se encontró una asociación significativa entre la variable “Consumo de SPA” y “Riesgo de VIH/Sida por comportamiento sexual” en los y las adolescentes infractores, lo cual evidencia que el consumo de SPA se encuentra presente y de manera equitativa en los grupos con riesgo bajo y alto de VIH/Sida por comportamiento sexual. Se recomienda realizar abordaje psicológico, estrategias de intervención educativa en materia de educación sexual y despistaje con pruebas diagnóstica para VIH en los diferentes Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación objeto de este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación CJDR de Lima y Santa Margarita, y al anexo II de Ancón.

Referencias

- Askari, I. (2018). Early Maladaptive Schemas and Cognitive-Behavioral Aspect of Anger: Schema Model Perspective. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0311-9>.
- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23(6), 883–891. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00067-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00067-7)
- Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 270–281. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80083-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80083-8)
- Bello Arévalo, J., & Sastoque Ruiz, Y., Gantiva Díaz, C. A., & Vanegas Angarita, E. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 362-374. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447010> (Acceso diciembre 2021).
- Bernstein, D. P. (2002). Cognitive therapy of Personality Disorders in Patients with histories of Emotional Abuse or Neglect. *Psychiatric Annals*, 32, 618-628.
- Brotchie, J., Hanes, J., Wendon, P., & Waller, G. (2006). Emotional avoidance among alcohol and opiate abusers: The role of schema-level cognitive processes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 231–236. <https://doi.org/10.1017/S1352465806003511>
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 337-342. <https://doi.org/10.1348/0144665031752916>
- Calvete, E. & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21, 49-56. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122882007> (Acceso noviembre 2021).
- Calvete, E. & Orue, I. (2010). Cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents: The mediating role of social information processing. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 190-201. <https://doi.org/10.1017/s1138741600003772>
- Calvete, E., & Orue, I. (2012). Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 105–117. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9546-y>
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. & Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 9099. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.2.90>
- Cárdenas, M., & Arancibia, H. (2014). “Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología”. *Salud & Sociedad*, vol. 5, núm. 2, pp. 210-224. Universidad Católica del Norte Antofagasta, Chile.
- Carrasco, M. A., & González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, (4), 7-38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030758001.pdf>
- Castrillón, D. A., Chaces, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire long form: second edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 541-560.
- Cifuentes, J. J., & Londoño, N. H., (2011). Perfil cognitivo y psicopatológico asociados a la conducta antisocial. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 58-69. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134651>
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, DEVIDA. (2013). I encuesta nacional sobre el consumo de drogas en adolescentes infractores del Poder Judicial. Lima-Perú. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Per%C3%BA%20Encuesta%20de%20Consumo%20de%20Drogas%20en%20Adolescentes%20Infractores%20del%20Poder%20Judicial_1.pdf (acceso marzo 2022).
- Consejo Nacional de Política Criminal (CONAPOC; 2017). *Adolescentes Infractores en el Perú*. Boletín VI. Lima: CONAPOC. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1708343/BOLETIN%2006%20-%202017%20Adolescentes%20Infractores.pdf> (acceso marzo 2022).

- Crawford, E., & Wright, M. O. (2007). The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 93-116. https://doi.org/10.1300/J135v07n02_06
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002. <https://doi.org/10.2307/1131875>
- Dale R, Power K, & Kane S, (2010). The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research*, 14(4), 311-28. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2010.524066>
- Dodge, K. A. (2011). Social information processing patterns as mediators of the interaction between genetic factors and life experiences in the development of aggressive behavior. In P. R. Shaver & M. Mikulincer (Eds.), *Human aggression and violence: Causes, manifestations, and consequences* (pp. 165–185). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dodge, K. A., Coie, J., & Lynam (2006). Aggression and antisocial Behavior in youth. In W. Damon y R. Lerner (Series Eds.). *Handbook of child psychology. Vol. 3. Social, emotional and psychology development* (pp. 719-788). New York. Wiley.
- Dozois, D. J. A., Martin, R. A., & Bieling, P. J. (2009). Early maladaptive schemas and Adaptive/Maladaptive styles of humor. *Cognitive Therapy & Research*, 33(6), 585-596. <https://doi-org/10.1007/s10608-008-9223-9>
- Dunne, A.; Gilbert, F.; Lee, S. y Daffern, M. (2018). The role of aggression-related early maladaptive schemas and schema modes in aggression in a prisoner sample. *Aggressive Behavior*, 1–11. <https://doi.org/10.1002/ab.21747>
- Estévez, A., & Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conductas de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 18, 23-43. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n1/v18n1a03.pdf> (Acceso febrero 2022).
- Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D., & Jauregui, P. (2016). The Mediator Role of Early Maladaptive Schemas Between Childhood Sexual Abuse and Impulsive Symptoms in Female Survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–22. <https://doi.org/10.1177/0886260516645815>
- Gilbert, F.; Daffern, M.; Talevski, D. y Ogloff, J. (2013) The Role of Aggression-Related Cognition in the Aggressive Behavior of Offenders A General Aggression Model Perspective. *Criminal Justice And Behavior*, Vol. 40, No. 2, pp, 119-138. <https://doi.org/10.1177/0093854812467943>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C. y Egolf, B. P. (2003). The Psychosocial consequences of living environment instability on maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 367-380. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1037/0002-9432.73.4.367>
- Kassinove, H. y Tafrate, R.C. (2005). El manejo de la agresividad. Bilbao: Desclée de Brouwer. Disponible en: https://www.academia.edu/29014610/El_manejo_de_la_agresividad_Howard_Kassinove (acceso marzo de 2022).
- Lahey, B., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2003). The causes of conduct disorder and serious juvenile delinquency. New York: Guilford. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2003-88137-000> (acceso marzo 2022).
- Londoño, L. y Valencia, Y. (2012). “Perfil cognitivo de los imputados reclusos en el centro de reflexión del Municipio de Caldas” Corporación Universitaria Lasallista. Caldas-Antioquia. Disponible en: <https://docplayer.es/17418158-Perfil-cognitivo-de-los-imputados-reclusos-en-el-centro-de-reflexion-del-municipio-de-caldas-cognitive-profile-of-the-accused-held-at-the-township-of.html> (Acceso marzo 2022).
- Londoño, N.H., (2011). Perfil cognitivo y psicopatológico asociados a la conducta antisocial. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 58-69. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819008.pdf> (Acceso marzo 2022).
- Loper, A. B. (2003). The relationship of maladaptive beliefs to personality and behavioral adjustment among incarcerated women. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(3), 253–266. Disponible en: <https://connect.springerpub.com/content/sgrjcp/17/3/253.abstract> (Acceso marzo 2022).
- Lotfi, R. (2006). Comparison of early maladaptive schema between B type personality disorders and normal group. *Journal of Army University of Medical Sciences of the I.R. Iran*, 5(2), 1261- 1266. Disponible en: <https://www.sid.ir/paper/96535/en> (Acceso marzo 2022).
- Mate, A. (2018). Esquemas cognitivos disfuncionales, distorsiones cognitivas y agresión en jóvenes y adolescentes. Tesis Doctoral para optar al grado de Doctora. Universidad Complutense de Madrid Facultad de Psicología. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46800/> (Acceso marzo 2022).

- McKee, M., Roring, S., Winterowd, C., & Porras, C. (2012). The relationship of negative self-schemas and insecure partner attachment styles with anger experience and expression among male batterers. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(13), 2685–2702. <https://doi.org/10.1177/0886260512436395>
- Méndez, M. (2018). Adicción a las drogas: causas y consecuencias. *Psicología-Online*. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/adiccion-a-las-drogas-causas-y-consecuencias-4069.html> (Acceso marzo de 2022).
- Ministerio de la Salud, Minsa (2007). Población adolescente es la más vulnerable a transmisión del VIH. Nota de prensa. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/40469-poblacion-adolescente-es-la-mas-vulnerable-a-transmision-del-vih> (Acceso marzo 2022).
- Morales, A., Vallejo-Medina, P., Abello-Luque, D., Saavedra-Roa, A., García-Roncillo, P., & Gomez-Lugo, M. (2018). Sexual risk among Colombian adolescents: Knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health*, 18, 1. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6311-y>
- Morales-Mesa, S., Arboleda-Álvarez, O., Segura-Cardona, Á. (2014). Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 27-39. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n1/v16n1a03.pdf> (Acceso marzo 2022).
- Newman, L., Rowley, J., Hoorn, S. Vander, N., Unemo, M., & Low, N. (2015). Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. Vol. 10, PLoS ONE. Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143304>
- Ortega, S., & Ortega, A. (2013). “Esquemas maladaptativos tempranos en asociados a la conducta criminal”. *Revista Internacional PEI: Por la Psicología y Educación Integral*, 2(4). Disponible en: <http://www.peiac.org/Revista/Numeros/No4/conductacriminal.html> (Acceso marzo 2022).
- Orue, I., Calvete, E., & Fernández-González, L. (2019) Early Maladaptive Schemas and Social Information Processing in Child-to-Parent Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–25. <https://doi.org/10.1177/0886260519831395>
- Razavi, V., & Soltaninezhad, A. (2012). Comparing of Early Maladaptive Schemas between Healthy and Addicted Men. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 14(9), 60-63. Disponible en: <https://brieflands.com/articles/zjrms-93226.pdf> (acceso marzo 2022).
- Reguera-Torres, M. E., Sotelo-Cruz, N., Barraza-Bustamante, A. G., & Cortez-Laurean, M. Y. (2015). Estilo de Vida y Factores de Riesgo en Estudiantes de la Universidad de Sonora: Un Estudio Exploratorio. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 32(2), 63-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61625> (Acceso marzo 2022).
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 207–215. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9252-z>
- Shaffer, D. R. (2002). Agresión y conducta antisocial. En D. R. Shaffer, *Desarrollo Social y de la Personalidad*, Madrid: Thompson, 291-324.
- Sigre-Leirós, V. L., Carvalho, J., & Nobre, P. (2013). Early maladaptive schemas and aggressive sexual behavior: A preliminary study with male college students. <https://doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02875.x>
- Talino, B. (2010). What are they thinking? Cognitive distortions and adolescent externalizing and internalizing problems. Tesis doctoral. The University of British Columbia. Canadá. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 1764–1772. <https://dx.doi.org/10.14288/1.0054552>
- Tremblay, P. F., & Dozois, D. J. A. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences*; 46(5-6), 569-574. <https://doi:10.1016/j.paid.2008.12.009>
- Turchik, J. A., & Garske, J. P. (2008). Measurement of Sexual Risk Taking Among College Students. *Archives of Sexual Behavior*, 38(6), 936–948. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9388-z>
- UNICEF. (2018). Cada tres minutos, una adolescente contrae el VIH, según UNICEF. Las adolescentes son las más afectadas por la epidemia de VIH/sida. Nota de prensa. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/cada-tres-minutos-una-adolescente-contrae-el-vih-seg%C3%BAAn-unicef> (Acceso marzo 2022).
- Uribe-Rodriguez, A., Castellanos-Barreto, J., & Cabán-Huertas, M. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de Psicología: Universidad de Antioquía*, 8(2), 27-48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059401> (Acceso marzo 2022).

- Valencia, C., & Canaval, G. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(5), 812-821. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/38389> (Acceso marzo 2022).
- Vázquez, C. (2003). *Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*. Madrid: Colex. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=39964> (Acceso marzo 2022).
- Wang, C. E., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *J Behav Ther Exp Psychiat*; 41(4), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.002>
- World Health Organization, WHO. (2017). Sexually transmitted infections: implementing the Global STI Strategy. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258740/WHO-RHR-17.18-eng.pdf?sequence=1> (acceso marzo 2022).
- World Health Organization, WHO. (2019). Four curable sexually transmitted infections still affect millions worldwide. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day#:~:text=This%20amounts%20to%20more%20than,gonorrhoea%2C%20trichomoniasis%2C%20and%20syphilis> (Acceso marzo 2022).
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2001). *Reinventar tu vida: Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M (2003). "Schema therapy: A practitioner' guide". New York: The Guilford Press. Disponible en: <https://www.guilford.com/excerpts/young.pdf?t> (Acceso marzo 2022).