Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras
y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

Estilos de apego en pacientes institucionalizados adictos a sustancias

Trabajo de Graduación Previo a la Obtención del Título de Psicóloga Clínica

Autora:

Anita Isabel Vanegas Jácome

Directores:

Mst. Lucía Cordero Cobos

Cuenca – Ecuador

2017

DEDICATORIA.

A mis padres Enrique y Adela.

AGRADECIMIENTO.

En primer lugar a Dios; mis padres y hermanos quienes han sido mi fortaleza en estos años universitarios y a lo largo de toda mi vida.

A mi tutora Magíster Lucía Cordero quien con su guía desarrollé el presente trabajo de fin de grado. De manera especial a la Magíster Lorena Tenorio, quien me ayudo a la comprensión en temas complejos, gracias a su vasta experiencia en el campo de investigación.

A mis profesores quienes con su catedra y ejemplo trazaron el amor que siento por la carrera, en especial al Magíster Sebastián Herrera & Magíster Gerardo Peña, maestros que recordaré al ejercer esta digna profesión.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio de investigación fue identificar los tipos de apego en 15 pacientes que se encuentran institucionalizados dentro de los centros de rehabilitación ¨COTEMUAZ¨ y ¨PROESPE¨, dentro del periodo mayo-noviembre del 2016, pacientes entre las edades de 18 a 60 años, siendo un estudio de tipo correlacional. Para medir el tipo de apego se realizó la aplicación del test CaMir creado por Pierrehumbert et al (1996) y un grupo focal. Los resultados fueron que el tipo de apego desentendido era el de mayor prevalencia y un apego seguro en un nivel regular, siendo altamente significativo el entorno social en la niñez y los estilos de crianza, para poder prevenir una adicción a sustancias y a la vez siendo estos estilos los que llegan a afectar en su autoestima, tolerancia, frustración, etc. Se concluye que un ambiente familiar disfuncional influye sobre los problemas de personalidad, conducta o adicciones.

Palabras clave: apego, vínculo, conducta.

ABSTRACT

The aim of this correlational study was to identify the types of attachment found in 15 patients between 18 to 60 years of age, who were institutionalized at "COTEMUAZ" and "PROSESE" rehabilitation centers between May to November 2016. Attachment was assessed using the CaMir Q-sort created by Pierrehumbert et al. (1996) test, and applied to a focus group in order to measure the type of attachment. The results demonstrated that the most prevalent type of attachment was the avoidant, and the secure attachment at a regular level. However, the social environment in childhood and styles of parenting were highly significant in order to prevent substance addiction, and at the same time these styles affect their self-esteem, tolerance, frustration, etc. It is concluded that a dysfunctional family environment have an influence on personality, behavioral or addiction problems.

Keywords: Attachment, Bond, Behavior.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
Dpto. Idiomas

Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE

DEDICATORIA ***ii***

AGRADECIMIENTO ***ii***

RESUMEN ***iv***

ASTRACT ***v***

ÍNDICE ***vi***

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS ***vii***

1. CAPITULO 1: ***1***

El apego y el desarrollo de una dependencia. ***1***

1.1 El apego. **1**

1.1.1 Fmiliar y estilos de crianza. 5

1.2 Funcionamiento familiar. **8**

1.2.1 Funcionamiento familiar y adicciones. 8

1.3 Adicción a sustancias psicoactivas. **10**

1.4 Relación entre la adicción y el apego: **14**

2 CAPITULO 2: ***18***

Metodología. ***18***

2.1 Tipo de estudio y metodología **18**

2.2 Descripción del test. **19**

2.3 Procedimiento (aplicación del test). **21**

2.4 Muestreo. **21**

2.5 Grupo focal. **22**

2.6 Revisión de expedientes para determinar la adicción de 2 o más sustancias. **25**

2.7 Interpretación de resultados. **25**

3 CAPITULO 3: ***43***

Análisis de resultados. _____ *43*

3.1 Conclusiones. _____ **45**

3.2 Recomendaciones. _____ **46**

Bibliografía _____ *47*

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS

Tabla 1.-Preocupado & Centros 26
Tabla 2.- Desentendido & Centros 27
Tabla 3.- Seguro & Centros 28
Tabla 4.- Interferencia parental & Centros 29
Tabla 5.- Preocupación familiar & Centros 30
Tabla 6.- Resentimiento de infantilización & Centros 31
Tabla 7.- Apoyo parental & Centros 32
Tabla 8.- Apoyo familiar & Centros 33
Tabla 9.- Reconocimiento de apoyo & Centros 34
Tabla 10.- Indisponibilidad parental & Centros 35
Tabla 11.- Distancia familiar & Centros 36
Tabla 12.- Resentimiento de rechazo & Centros 37
Tabla 13.- Traumatismo parental & Centros 38
Tabla 14.- Bloqueo de recuerdos & Centros 39
Tabla 15.- Dimisión parental & Centros 40
Tabla 16.- Valoración de la jerarquía & Centros 41

Gráficos

Gráfico 1.- Preocupado & Centros 27
Gráfico 2.- Desentendido & Centros 28
Gráfico 3.- Seguro & Centros 29
Gráfico 4.- Interferencia parental & Centros 30
Gráfico 5.- Preocupación familiar & Centros 31
Gráfico 6.- Resentimiento de infantilización & Centros 32
Gráfico 7.- Apoyo parental & Centros 33
Gráfico 8.- Apoyo familiar & Centros 34
Gráfico 9.- Reconocimiento de apoyo & Centros 35
Gráfico 10.- Indisponibilidad parental & Centros 36
Gráfico 11.- Distancia familiar & Centros 37
Gráfico 12.- Resentimiento de rechazo & Centros 38
Gráfico 13.- Traumatismo parental & Centros 39
Gráfico 14.- Bloqueo de recuerdos & Centros 40
Gráfico 15.- Dimisión parental & Centros 41
Gráfico 16.- Valoración de la jerarquía & Centros 42

CAPITULO I:

El apego y el desarrollo de una dependencia.

En el siguiente capítulo se tratará temas fundamentales como el apego, que es y cuáles son sus tipos, la familia, de igual manera, tipos de familias que hay y como se manejan, cuales son los etilos de crianza y como influencian en el desarrollo de un niño, la funcionalidad familiar, también se estudiará sobre las adicciones a sustancias psicoactivas, qué relación tiene la familia y las adicciones, tratando específicamente las adicciones y el apego que es el tema principal, y por ultimo cuales son los factores tanto de riesgos como los preventivos para adicciones a sustancias.

1.1 El apego.

En la teoría de Jhohn Bowlby (1969), se afirma que el apego se rige a la manera que cada persona establece relaciones con las personas más cercanas, estas pueden ser: progenitores, hijos o parejas sexuales. Desde el nacimiento del infante las relaciones posteriores con sus figuras primarias crearán la base para una futura personalidad, y también ayudarán a adaptarse a las interacciones íntimas futuras, actitudes y expectativas tanto frente a la aceptación de los demás como al rechazo. La base óptima es la segura, siendo constituida por estabilidad y seguridad, la cual es dada por su principal figura de apego (generalmente sus progenitores) que brindan al niño en momentos de ansiedad, miedo y/o desconocimiento permitiendo al niño explorar su medio de manera segura. Con esto se creará diferentes modelos mentales que se repetirán sobre sí mismos y sobre los demás, en un medio de interacciones sociales (Scott y Bernecker, 2011). Estas se volverán interacciones fundamentales para el infante, para poder aprender a regularse de manera: afectiva, atencional, mental y autónoma (Fonagy, 2010;Lorenzini y Fonagy, 2014).

El apego al ser un vínculo afectivo no remplazable, existe un deseo por establecer una proximidad como en el caso de la ansiedad cuando se produce una separación, y al momento de un reencuentro se produce alegría o satisfacción según Ainsworth (1989), que de igual manera expresa que de acuerdo a las características de respuesta de estas figuras, determinan cuál es la calidad de apego, ya que aunque los niños tienen un vínculo

con su figura de apego, dichas características pueden variar (Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega y Díaz, 2004).

Al existir distintas teorías que explican y afirman sobre el crecimiento más sano, respecto de lo emocional, social, y a nivel de competencias (habilidades y logros) de niños con apego seguro, que propician a estos una autoimagen positiva, a diferencia de niños con apego inseguro. El apego desorganizado podría desarrollar en los niños problemas sociales en el ámbito escolar, como también comportamientos agresivos o dificultades psiquiátricas según Lyons-Ruth, (1993) y Solomon, George (1999). Sin embargo, Bowlby (1988) presenta una visión diferente de las experiencias tempranas de apego, ya que considera que el apego es flexible y se puede modificar, ya que si tiene una figura de apego segura no significa que permanezca siempre de esta manera. Al igual como establece Fonagy (2010), un 68 % a un 75 % de personas con apego durante la infancia permanecen con esta en la edad adulta. Diferentes experiencias emocionales que hayan sido extremas por causa de una pérdida o separación, pueden influir modificando el estilo o calidad de apego, como también a cambios en el autoestima según Zimmermann, y Grossmann (1997). De igual manera se asume que el trabajo interno tiene el mismo modelo, ya que se puede reorganizar las experiencias tempranas de un apego inseguro, haciendo una experiencia positiva a través de terapia (Buchheim y Kächele, 2008; citando a Fonagy, 1995).

El autor Lorenzini y Fonagy (2014) cita explica la técnica más conocida de la situación extraña creada por Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) cuando un infante es separado de sus progenitores y lo juntan con personas desconocidas en un ambiente extraño y totalmente ajeno al cual comúnmente conoce, los niños demostrarán comportamientos que dependerán del tipo de apego, el tipo seguro con 63%, en el ambivalente 16%, evitativo 21%. En el adulto el apego tiene una clasificación de seguro-autónomo 58% de la población general, ansioso 19% y evitativo 21%, según Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn (2009), Main, Kaplan, y Cassidy (1985). Medido por la entrevista de apego adulto (AAI) creada por George, Kaplan y Main (1994), en la cual narra las experiencias infantiles al entrevistador. Posteriormente, se añadió un cuarto estilo de apego, el apego desorganizado tanto en niños como adultos con investigaciones realizadas por Main, y Solomon (1990) explican cuáles son las conductas que no

encuadraban con las tres principales, dichas características pueden demostrar que los infantes no parecen poseer un vínculo coherente con sus cuidadores primarios.

En este experimento de la situación extraña se visualizó como el infante que presentaba un apego seguro explora su medio con facilidad teniendo a su progenitor presente, mostrándose ansioso ante la presencia de un extraño y se afligirá si la madre se encuentra ausente, causando un efecto de búsqueda por obtener contacto con ella lo más pronto posible. Mientras que un niño con apego evitativo se podrá observar que su ansiedad es disminuida cuando se separa de su madre, posiblemente no quiera restaurar contacto con ella cuando retorne, así no se da preferencia de ella sobre el extraño, Mientras la presencia del juego y la exploración que presentan los niños con apego ambivalente serán restringidos, ya que se presentarán ansiedad la separación y ante la presencia de la madre tardarán en calmarse, en este caso se activan nuevamente las conductas que sirven para obtener la proximidad y protección, muestra una hipersensibilidad a las muestras de un abandono o rechazo a la figura de apego, intensificando las emociones que son indeseadas basado en Barone et al. (2011). El comportamiento de un infante con apego desorganizado, será bizarro e inentendible cuando se presenta la separación de la madre, lo mantendrá inmóvil, y se causará autolesiones, también podrá intentar huir de la habitación (Lorenzini y Fonagy, 2014).

Este autor (Fonagy et al. 2010) menciona que las respuestas de las pruebas de AAI se visualiza que, una persona adulta con apego seguro, insertará los recuerdos de temprana edad con sus relaciones de apego y podrá desenvolverse en sus relaciones satisfactoriamente, el apego evitativo muestra la falta de coherencia en su narración, sin poder evocar memorias determinadas, también tienden a idealizar o devaluar algunas relaciones temprana este tipo de apego muestra como resultado de la desactivación del mismo ya que busca inhibir la búsqueda del infante a la proximidad, buscando manejar el estrés por sí mismo. Así se consigue impedir emociones negativas, evitando el contacto interpersonal como citan Barone, Fossati y Guiducci (2011). Las narrativas de la persona con apego ambivalente mostraran miedo, confusión, rabia y poca coherencia. Las pruebas de AAI realizadas en un adulto con este tipo de apego presentaran confusiones en la oración sobre todo cuando se trate de pérdidas o duelos. Mostrando un colapso de sus estrategias que se utilizan para regular la presencia de estrés, causando regulación emocional de manera parcial o total.

Al existir diferentes maneras de llamar a los tipos de apego por los investigadores, prevalecen las mismas clasificaciones del apego: seguro, ambivalente o preocupado, evitativo también llamado devaluador o desentendido y el desorganizado también llamado inseguro o no resuelto.

La clasificación basada en Main, Kaplan, y Cassidy, (1985); Marrone (2001) y Pierrehumbert et al. (1996) expresa que los apegos en adultos sería de la siguiente manera: el apego adulto seguro, cuenta con características de un desarrollo dentro de una familia equilibrada y sólida, siendo estos capaces de obtener resiliencia ante las adversidades, y a diario demuestran ser seres reflexivos, y con madurez. Los de tipo evitativo o devaluador se muestran como personas extremadamente autosuficientes, su conducta de apego se suele mantener en un nivel muy bajo ya que sus defensas lo evitan hacer daño, y el producto de esto es no esperar apoyo o buscar aprobación, cariño o afecto en los vínculos que establece. El tercer prototipo es el preocupado, el cual se muestra sociable, estableciendo relaciones con los demás con facilidad, pero su conducta es ambivalente o cohesiva, ya que presentan sus conductas de apego activas en un nivel muy alto. Estas se pueden presentar frecuentes arrebatos de rabia, y pensamientos de mayor valoración a nivel interpersonal y debilita su autonomía. Y el último tipo que es el desorganizado o también llamado ¨no resuelto¨, consta en una falta de estructura dentro de las figuras de apego. A esta se la relaciona con eventos traumáticos que tengan que ver con la figura de apego dentro de la infancia como puede ser abusos, fallecimiento de algún progenitor a edad temprana, violencia familiar, entre otras que pueden afectar al niño (Otero, 2014).

En la obra de Carrillo et al. (2004), que cita a Howes, Harnilton y Althusen (1999), trata sobre una investigación del apego que se da respecto de un niño y otros cuidadores cercanos, que no son su madre o su figura de cuidado principal; la conclusión de dicha investigación arroja que con tres puntos se podrían identificar los apegos con sus diferentes cuidadores. Para esto la primera consiste en que la presencia de la figura que lo cuida sea continua durante toda la infancia del niño; la segunda que el cuidador pueda ser reconocido por el infante por haber brindado cuidado tanto emocional y también físico; Y la tercera que este haya hecho una inversión emocional a favor del niño y su estabilidad. Con estos tres puntos podemos relacionar que el niño tiene un apego con su

cuidador y no sería solamente una relación de cercanía con quienes están a su alrededor; En el segundo año de vida según dicha teoría, se puede evidenciar que el apego en los infantes comienzan a expandir su círculo de apego a personas cerca, en algunos casos estas pueden ser sustitutas de la madre o remplazarla durante sus ausencias, brindando al niño los cuidados necesarios y con bases seguras para que explore el medio.

El niño es el que decide y determina quién es su figura de apego principal y las secundarias, las que están más cercana a él, ya sea por cercanía, familiaridad o por su cuidado, quienes generalmente ocupan este lugar son familiares directos del infante en relación a su núcleo familiar, siendo frecuentemente ocupado este lugar por la madre como figura de apego más cerca y principal, mientras que los otros miembros de la familia, tales como hermanos, padres o abuelos ocupan el rol de apego subsidiario (Bowlby, 1969; citado por Carrillo et al., 2004)

Para determinar que es un apego adulto según West y Sheldon-Keller (1999, citado por Garrido, 2013) existen tres características que diferencian el apego adulto del apego infantil:

1. En los adultos se producen las conductas con pares
2. La familia predomina sobre otros sistemas relacionales, cosa que en la edad adulta no sucede.
3. La relación sexual está incorporada en la adultez.

1.1.1 La Familia y estilos de crianza.

Como explica Winncott (1993): (pag.1) “al principio de la vida no hay un bebé y una madre, hay una relación”. Los mismos autores afirman que los seres humanos no tenemos la capacidad innata para poder cuidarnos y sobrevivir por nuestra propia cuenta y de igual manera vamos a necesitar un periodo largo durante los primeros años para poder seguir con vida. Estas representan figuras indispensables de cuidado, como también las habilidades sociales, ya que somos seres naturalmente de convivencia (Crespo, Girón, Martínez y O´Ferrall, 2014).

Los niños presentan diversas relaciones sociales que son establecidas en varios lugares donde se desenvuelven tanto en casa, escuela, vecindario, etc. Esto más la influencia que

se presenta por personas y situaciones van siendo varias durante su desarrollo. Mostrándose con más importancia las interacciones dentro de la familia en los primeros años. En nuestro ámbito sociocultural, la familia en Latinoamérica es un sistema más amplio a diferencia de otros países ya que su núcleo primario es más amplio contando con tíos primos abuelos y no solo padre, madre y hermanos (Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega y Díaz, 2004).

En la actualidad los jóvenes y niños generalmente viven en transiciones dentro de la familia, como son divorcios, migración, entre otros. Muchas veces con esto se plantean dudas sobre cómo afecta al mantenimiento de estos vínculos, al mismo tiempo la separación de sus figuras de apego pueden causar ineficiencia en su proceso de adaptación dentro de la juventud. Por otra parte, al citar a Matos y Costa (2004), se ve que existe la separación o desvinculación de sus padres por diferentes razones, afectando a el sistema familiar y teniendo que pasar por una transición y duelo, con esto vemos que afecta en gran medida la calidad de afecto y vinculo que se tenga con cada uno de ellos o sus cuidadores (Cox, Paley, y Hater, 2001; citado por Mota y Paula, 2009).

Mota y Paula (2009) cita a varios autores, entre ellos a Matos y Costa (1966), quienes aseguran que durante la difícil etapa de la adolescencia, se busca una independencia psicológica y autónoma, usando esta como apoyo para la separación paulatina de sus padres. Siendo muy importante el clima familiar que ellos presenten, para brindar seguridad y afecto. En esta etapa la jerarquía de prioridades de figuras de apego va cambiando y estos presentan diferentes situaciones como reserva, sus pares llegan a cumplir el rol de figuras de apego, que previamente eran desempeñadas por sus padres. Esto se puede afirmar que las relaciones de apego van cambiando y se transforman conforme las personas crecen, y de acuerdo a las situaciones vividas en el transcurso de la vida (Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega y Díaz, 2004). Estos mismos autores indican que como sea el funcionamiento del sistema familiar, hace posible la construcción de competencia y valor propio que ayudan al desarrollo de una buena autoestima (Peixoto, 2004; citado en Mota y Paula, 2009).

Distintos factores son los que influyen en la crianza como la agresividad, falta de afecto, negligencia, entre otras que son dificultes familiares, afirmando las citaciones de

Bradly (2000) y Ezpeleta (2005), quien propone que la carencia afectiva, falta de interés y rechazo a las acciones de sus progenitores desencadenan la baja autoestima, problemas en poder expresar su sentir, provocando una mala vinculación con sus padres, causando una mayor vulnerabilidad a un posible desarrollo de una psicopatología infantil. Otros autores (Pons-Salvador, Cerezo y Bernabé, 2005) encontraron antecedentes por parte de la madre de maltrato, la insatisfacción materna etc. desencadenantes de factores riesgosos para un posible maltrato o inestabilidad emocional. También, asocian los desórdenes emocionales, la depresión y ansiedad tanto en la niñez como en la adolescencia pueden ser relacionados con la sobre protección y una mala crianza o cuidado (Newcomb, Griffith, Mineka y Zinbarg, 2007).

Diferentes tipos de crianza, como los padres autoritarios que tratan de imponer a sus hijos roles y maneras de comportarse con pactos, acuerdos mediante formas racionales aceptando deberes y derechos tanto de padres como los hijos, a manera de reciprocidad entre los diferentes miembros haciendo conscientes de sus responsabilidades y derechos. Mientras que los padres que cumplen el rol de permisivos, brindan a sus hijos un rol de autonomía mayor, sin poner se en riesgo a sí mismo. El modelo permisivo tiene como necesidad comportarse de una forma positiva y comprensiva hacia impulsos y otros comportamientos del infante. Su propósito central es la libertad, evitando el control y la autoridad; con esto se anulan los castigos y las limitaciones (Sierra y Pérez, 2014).

En la crianza cuando los padres son los que trasmiten su apoyo y afecto a sus niños, se desarrolla una buena comunicación intrafamiliar, estableciendo normas y reglas con su respectivo cumplimiento mediante la técnica anterior, dicha técnica implica el razonamiento como método de disciplina, provocando en ellos conductas sociables, independientes y cooperativos (Alonso y Román, 2005); este según Hoffman (1982, 1990) implica la racionalización, que causa una reacción produciendo una internalización moral y también de comportamientos que van a favor de la sociedad.

En los tipos de familias que presentan valores consolidados, aunque se presenten adversidades de padres-hijos por la etapa de la adolescencia, el joven busca libertad y

nuevas experiencias como es normal, estas pasaran de forma temporal. Mientras que, cuando hay poca estabilidad o seguridad en la relación familiar y de educación durante los primeros años, puede obtener resultados negativos al hijo en el futuro. La poca o ninguna comunicación con los padres se da por la falta de cercanía y la supervisión de ellos, tendiendo así a una búsqueda de relaciones negativas o conflictivas con pares, provocando posibles comportamientos de carácter antisocial (Mestre, Samper, Tur, & Diez, 2001; Rodrigo et al, 2004)

1.2 Funcionamiento familiar.

El concepto de familia en la actualidad es bastante extendido y complejo, ya que existe en la actualidad muchos tipos diferentes. En primer lugar, el concepto de familia extensa, entendida como aquella que cuenta con todos sus miembros reconocidos integrados, ya no es la única familia modelo socialmente aceptada hoy en día. Tradicionalmente de la familia estaba atravesada por algunas condicionantes de orden moral y religioso (las cuales, en ciertos sentidos persisten en estos días) y además, el establecimiento del matrimonio entre hombre y mujer era la base de su estructura, cuando era importante la concepción de hijos dentro de este matrimonio; estas situaciones cambiaron con los cambios sociales y políticos que marcaron el paso a la segunda década del siglo XX: luchas sociales, en las cuales las mujeres fueron de a poco ganando espacios en la sociedad y a una presencia cada vez menos sexista. De esta forma, un contexto diferente en la sociedad transformó a la familia, sus hábitos y relaciones (Valdivia, 2008).

Como se indica en la siguiente cita, "la familia tradicional nuclear parece ser la mejor preparada para enfrentarse a los cambios y realizar adaptaciones correctas" (García-Campayo, Alda, 2004; citado por Pérez et al., 2007). Sin embargo, la necesidad de una familia bien estructurada ya no se justifica en lo moral, sino en su funcionamiento.

1.2.1 Funcionamiento familiar y adicciones.

Peña (1992) considera como fundamental el contemplar el desarrollo y el crecimiento del niño durante su desarrollo, evaluando y considerando las formas de crianza a las que

ha estado expuesto durante esta, para con ello poder lograr una verdadera comprensión psicológica y psicodinámica. Alonso-Fernández (2003) citado por Otero Oyague (2014) especifica que una familia cariñosa, comunicativa y equilibrada brinda cierta protección ante las adicciones y que, en diferencia a los lazos familiares débiles o distorsionados pueden favorecer a estas. Igualmente, expresa que existe una alta tasa de familias sin normas, reglas, autoritarias, conflictivas, problemáticas y principalmente violentas, que contienen a individuos con drogodependencia.

Duncan Stanton (1985) plantearon que, al comparar a las familias de esquizofrénicos y personas psicosomáticas jóvenes, las familias con adictos parecen ser más primitivas y directas en su expresión del conflicto. En los individuos con consumo de sustancias hay una ilusión de independencia y los síntomas de la adicción proporcionan una forma de falsa individuación. Los ciclos de la adicción hacen referencia al proceso progresivo de la enfermedad adictiva, en el cual se van sumando múltiples factores para, finalmente, producir el problema biopsicosocial en el individuo, la familia y la sociedad con diferentes manifestaciones en cada una de estas áreas. No hay una familia tipo para las adicciones, pero hay características en la estructura familiar que favorecen la aparición de adicciones (Vargas Navarro, et al., 2015).

El hecho de que existan personas que consuman sustancias o que se tolere o incluso incentive esta práctica dentro de la familia induce la aparición de adicciones. En relación con la genética, se han identificado genes vinculados con la expresión de enzimas de degradación de ciertas sustancias psicoactivas, de modo que cuando existen características genéticas asociadas con dichas enzimas pueden condicionar vulnerabilidad ante las adicciones (Aguilar Bustos, 2012).

El mismo autor expresa que la práctica de la terapia familiar sistémica realizada en adicciones, a veces tropieza con situaciones en las que los recursos que poseen las familias se encuentran tan inhabilitados, que resulta extremadamente difícil introducir pautas para el cambio.

Cirillo y su grupo de investigación publicaron un trabajo bajo el título “La familia del toxicodependiente”. Según estos autores tres diferentes recorridos biográficos de los

padres y del toxicómano pueden desembocar en la drogodependencia, que se describirá más adelante. Para acceder a la comprensión de la elección sintomática es preciso tener en consideración un escenario relacional de alcance trigeneracional; En efecto, "cada padre de drogodependiente presenta en los vínculos con las familias de origen vivencias traumáticas, a menudo encubiertas, cuyas repercusiones emocionales son puntualmente minimizadas con el efecto de transmitir la carencia a la generación sucesiva" (Girón García, 2005, pág. 303).

Con relación a la repetición de los patrones de apego a través de las generaciones, nos señala Bretherton (1985) que lo importante aparte de la relación que tuvo durante su infancia con su figura de apego adulto, es la posterior elaboración e interpretación de las experiencias vividas, como consecuencia la trasmisión generacional es frecuente, pero también evitable (Garrido, 2013), es decir este depende del significado dado a las experiencias.

1.3 Adicción a sustancias psicoactivas.

Existen diversas definiciones de droga como, es cualquier componente que una vez que ingresa al organismo causa un cambio en el mismo, entre estos está indistintamente substancias que son farmacológicas, que aunque no tengan efectos sobre el sistema nervioso central, como son las vitaminas, suplementos, etc. Pero para el mayor entendimiento de este tema se ha identificado como droga cualquier substancia que con su consumo continuo que cree tolerancia o dependencia, así mismo que desencadene con efectos negativos a la persona que la consuma, sus seres cercanos o los dos, sin importar si esta sustancia sea de origen natural o artificial, que perjudique a su actividad mental o conciencia (González, R. 2006).

Oliver (2004) citado por Otero Oyague (2004) expone que la adicción surge de la reunión de diferentes puntos tanto psicológicos, sociales y ambientales, cuenta también satisfacer la curiosidad, la necesidad de formar parte de un grupo, incitar una sensación de bienestar y tranquilidad, huir de algo o alguien, etc.

La decisión en un inicio para comenzar la ingesta de drogas es voluntaria; sin embargo cuando esta pasa a convertirse en abuso, su capacidad propia para causar un autocontrol se transforma a ser bastante escasa. Esto produce cambios cerebrales llegando a afectar sobre su juicio, al igual en su memoria, decisiones, aprendizaje y autocontrol en su comportamiento, causando así muchas veces conductas compulsivas y dañinas como resultado de la adicción dicha. Estudios mencionan que factores genéticos influyen con el 40 al 60% de la propensión a la adicción, también nos señalan que constantemente el abuso de sustancias podría ocasionar una posible aparición de diferentes trastornos mentales, que frecuentemente se la conoce como patología dual. La adicción vista de manera positiva es una enfermedad tratable, aunque conociendo e insistiendo sobre su cronicidad y su proceso de recaída. Se recomienda como tratamiento eficaz una combinación de medicación por parte del psiquiatra, con terapia conductual propiciada por el psicólogo. Es importante saber que fármacos para un tratamiento de drogas no hay ninguno especifico que sea eficaz, a menos que sean conjuntamente con tratamiento psicológico (Becoña, 2016).

Hay diferentes factores que influencian en diferentes niveles como son los sociales y ambientales, se diferencian estos de los factores individuales en aumento de la dependencia, como describimos a los siguientes: la dependencia fisiológica y psicológica. La dependencia fisiológica llamada también neuroadaptación, este se caracteriza por la necesidad de sostener ciertos niveles de droga dentro del organismo, puede este llevar a la tolerancia y posteriormente un aumento del consumo paulatino. Y si se da una suspensión de consumo de la droga, se puede crear un síndrome de abstinencia. (Lorenzo, 2009; citado por Otero, 2014). Este mismo autor afirma que la dependencia psicológica se refiere como el firme deseo de consumir para producir efectos agradables, placenteros o evasivos creados por la droga, o para no sentir el malestar de su falta. Es decir, está afectada por la capacidad intensificadora de la droga, a los estímulos condicionados y a como estos fenómenos se han incorporado en la persona y su estilo de vida (Lorenzo, 2009).

Las conductas de las personas adictivas generalmente están anticipadas por diferentes pensamientos u emociones de impotencia o incapacidad, siendo estas las que lo llevan a responder a diferentes conflictos como carencias a tempranas edades en el desarrollo y el apego, problemas que se presentan con el control, competitividad, sentimientos de

carencias y heridas en su ego. El mismo explica que la acción que llega a producir tiene un propósito que es el de reparar el sentimiento de impotencia e incapacidad el cual sería la base de la falta. De igual manera expresa que cuando un adicto consume, es el quien elige que estado emocional es el que desea trasladarse, dependiendo la droga que elija, y esto más al poder tener la sensación de control de sí mismo y dejar de lado la impotencia que sentía previamente. Este autor así explica, cuál fue la causa y el fin del consumo de la droga, y por qué este vuelve a consumir cada vez por la misma sensación de sentirse incapaz. Con esto desencadenando para que se dé una conducta repetitiva y de manera compulsiva (Dodes, 2009; citado por Otero Oyague , 2014).

La prevención se da como un grupo desde información, orientación y acciones. La educación se da en especial, para impedir que ocurra el posible uso o abuso de drogas. Se utiliza la filosofía que es mejor prevenir que rehabilitar o tratar (Anicama G, 2001).

El mismo autor explica mediante 4 enfoques su prevención:

a. El que trata en general mediante la represión, construye argumentos éticos y propone temor como factor.
b. El que da más importancia a la información sobre los distintos efectos de las drogas para que cada persona sea responsable a la decisión que sea tomada
c. El que se basa en la educación integral, incrementando las diferentes habilidades para un futuro y la abstención que se pueden dar por las presiones sociales, impulsando y fomentando un estilo de vida saludable y una ocupación favorable y provechosa.
d. El último que utiliza a la incorporación de la comunidad u entorno y así poner como medio de ayuda a las estructuras sociales de aporte.

El autor sugiere que la prevención es preferible que sea con una orientación que no contenga dogmas, y extrayendo la mejor parte de los modelos conocidos, al igual hacer con las estrategias y ver desde un punto de vista más real en cuanto sea posible, ya que la responsabilidad es de todos, ya que afecta a todos indistintamente. El siguiente es un

modelo reciente y difundido con frecuencia que hace hincapié en la prevención (Anicama G, 2001). Consta con tres momentos de prevención:

1) Primaria: esta esta se especifica en prevenir el consumo esporádico o eventual, así se impide que se desarrolle paulatinamente una adicción.
2) Secundaria: es la que intenta evitar que se dé un uso o consumo más continuo o habitual de la droga.
3) Terciaría: en este momento se trata de rehabilitar al adicto, poder reinsertarlo a la sociedad, a su familia y trabajo.

Anicama en el 2001 manifiesta sobre diferentes factores que sirven como protectores, esto quiere decir que son preventivos ante el consumo. Estos podrian ser los siguientes.

1. Un correcto dialogo dentro de la familia.
2. La unión familiar e integración estable.
3. Poseer valores morales consolidados.
4. Un buen desempeño escolar.
5. Ser apreciado y reconocido por sus pares.
6. Tener la capacidad de relacionarse con los demás.
7. Poseer un grado de autoestima adecuado.
8. Poseer un alto grado de autocontrol.

Así también como hay factores preventivos también hay los clasificados como riesgosos, Gazquez (2009) los clasifica a los factores riesgosos para un consumo de drogas en tres categorías (García del Castillo, Gázquez y Marzo, 2013):

1. Factores Macrosociales: que agrupan variables del entorno social que son susceptibles de condicionar la calidad de vida. Los aspectos más relevantes en esta categoría serían:
    i. Permisividad y aceptación social al consumo de sustancias.
    ii. Accesibilidad y disponibilidad a las sustancias.
    iii. Contribución de la publicidad y los medios de comunicación.
    iv. Oferta recreativa con sustancias.
    v. Asociación con el consumo.

2. Factores Microsociales: se orientan a variables sociales en las que la persona interactúa más asiduamente y con una implicación mayor. Los aspectos que incluiría esta categoría serían:
    i. La familia.
    ii. La escuela.
    iii. El grupo de iguales.

3. Factores Individuales: que aglutinan todas aquellas características de carácter individual que influyen en el comportamiento. Entre las variables más importantes podríamos destacar las siguientes:
    i. Edad.
    ii. Sexo.
    iii. Información.
    iv. Creencias y actitudes.
    v. Control de emociones.
    vi. Autoconcepto y autoestima.
    vii. Habilidades y competencias personales.
    viii. Asertividad y vulnerabilidad a la persuasión.

Existen varios factores que están en relación con el consumo de sustancias, sin embargo ninguno de ellos es determinante, el conjunto o la suma de estos es la que aumenta la posibilidad de que se presente la enfermedad. Los intentos en proporcional material de adicciones debe ir en dirección a minimizar los factores riesgosos y de vulnerabilidad, adicionalmente incrementar los factores protectores. Demostrando la importancia de las vías en cómo se dé la prevención y su tratamiento para las diferentes adicciones con el fin de lograr disminuir este problema (Aguilar, 2012).

1.4 Relación entre la adicción y el apego:

Los diversos resultados de estudios realizados sobre este tema arrojan resultados que es un factor protector al consumo de drogas el que haya un apego seguro. De la misma manera, gran parte de estudios elaborados incorporan factores que pueden estar relacionados el apego con la influencia del consumo de substancias en los hijos,

explicando la diferencia que hay entre estudios, sin tener conocimiento del tipo de apego al cual es influenciado el consumo, los factores relacionados serian sexo, edad, autoestima, sumado a diferentes fuentes secundarias de apego como son los pares y por las diferentes situaciones que estén pasando estos a que se incentive el consumo de drogas (Becoña, Calafat, Fernández y Fernández del Rio, 2014).

Giron (2005) explica desde la teoría del apego para comprender como se generan en un futuro trastornos de personalidad o psicopatológicos basados en un daño en el vínculo de su infancia, que va de la mano a un marco contextual trigeneracional, donde se encuentra desde su origen y el mantenimiento de estos problemas conductuales. Al parecer el identificar los vínculos de apego dañados favorece positivamente para una intervención en la ingesta de drogas en los jóvenes. Para su realización exitosa el terapeuta debe intervenir sabiendo los vínculos lesionados y habiendo explorado este terreno, así lograra mediante estrategias terapéuticas reparar estos daños en cuanto se le sea posible.

El mismo autor nos muestra diferentes estudios realizados que corroboran con la propuesta de trasmisión intergeneracional de los estilos de apego (Hetherington y Parke., 1993; Benoit y Parker, 1994). De igual manera se ha encontrado relevante el papel del vínculo de apego con los padres con la salud mental en hijos que estén cruzando la adolescencia (Burbach, Kashani y Rosenberg, 1989). A esto incluido el vínculo que comprende de sobreprotección y poco cuidado por parte de su cuidador principal (Parker, Fairley, Greenwood, et al., 1982) podrá determinar un posible desarrollo de problemas de conducta como depresión, personalidad limite, drogodependencias, etc. ya sea niño o adolescente.

Una investigación muy importante que podría aportar es la realizada por Stefano Cirillo (“La familia del Toxicodependiente”) muestra la importancia de las experiencias pasadas, la falta de cuidado que tienen los futuros drogodependientes en la niñez. Los cuales lo divide en tres diferentes grupos en los cuales se muestra la carencia de apego de sus familias de origen los cuales son: Abandono Disimulado, Abandono Desconocido y Abandono Real (Girón García, 2005).

El primero lo llaman “el abandono disimulado”, explica:

1. La crianza proveniente de los padres del drogodependiente, tiene como particularidad presenciar carencias en el cuidado necesario que debe recibir.
2. El niño cumple el rol de padre, siendo adultizado por una falta de vínculo con este por razones como ausencia, negligencia o por ser demasiado rígido.
3. Visto desde el enfoque de la crianza, muestra que los cuidados brindados al futuro adicto por parte de su madre son remendados, es decir, que ella realiza las funciones de cuidado para sí misma y sus deseos, en búsqueda de ratificación de sus padres hacia ella; mostrando asistencia al infante de manera íntegra.

En el segundo grupo descrito por Cirillo et al, lo llama “el abandono desconocido” con particularidades como las siguientes:

1. Dentro de las relaciones familiares que presentan los padres con sus familias nucleares, hay distintas características que se trasmitieron por generaciones como son carencias y determinados de eventos traumáticos.
2. La madre del drogodependiente cimienta una relación muy estrecha con sentimientos de ambivalencia y sentimientos discordantes que cubren a los originales hacia el padre del niño.
3. Es dada una fusión de la madre con su hijo incompleta, con esto las necesidades del niño no logran ser entendidas-reconocidas.
4. El niño es utilizado por su madre en contra de su padre, que también se lo llama ¨Superinversión Instumenta¨. En las toxicomanías prevalece el abandono.

Por último, el tercer punto, llamado por Cirillo et al, como ¨El Abandono Activo¨, describe los siguientes puntos:

1. La desintegración por parte de los padres con sus respectivas familias de origen. Así los padres han asimilado precozmente que emocionalmente no se pueden satisfacer las necesidades demandadas, pierden la esperanza y suponen que serán decepcionados.
2. El nexo entre la madre y el hijo está caracterizado por el llamado abandono real en el cual los niños son encargados a terceros como son abuelos, escuelas, sin embargo este mantiene las carencias afectivas necesarias de sus padres.

Diamond, y Liddle en 1999 confirman que dentro de familias donde está el vínculo de apego severamente dañado en la relación de padres e hijos, está compuesto por familias con jóvenes con toxicomanía o trastornos de conducta. Los mismos autores explican que frecuentemente los problemas de apego son por temas como la protección, cariño, autoridad, responsabilidades y confianza (Girón García, 2005).

CONCLUSIONES

1. El apego es la relación que se establece con las personas más cercanas durante la infancia, independientemente si son padres, familiares cercanos o personas que no presenten ningún grado parentesco, con las cual creara diferentes conductas que estarán presentes en su desarrollo y edad adulta.
2. La crianza y la funcionalidad familiar son fundamentales dentro del desarrollo del infante ya que la familia es su primer contacto y referente para lo que luego se expondrá conforme vaya creciendo.
3. De acuerdo como sea la funcionalidad familiar el niño o adolecente adquirirá autoestima, seguridad, normas y experiencias vividas que lo impulsaran a pensamientos, sentimientos y acciones futuras.
4. Las adicciones son el resultado de varios factores tanto psicológicos, ambientales y sociales, siendo gran parte asociados a experiencias traumáticas durante los primeros años de su vida, maltrato, abandono, etc, así buscando prevenir antes de que se dé el consumo y evitar los factores de riesgo.
5. Se podría relacionar a las adicciones a sustancias con el tipo de apego, ya que por lo general los adictos tienen un vínculo dañado o nulo con sus cuidadores de la infancia, lo cual hace que el apego sea un factor importante dentro del crecimiento, pudiendo este vínculo ser modificado o re construido para un mejor desempeño en su funcionamiento general.

CAPITULO 2:

Metodología.

El siguiente capítulo contiene un tipo de estudio correlacional, utilizando como metodología la revisión de expedientes para determinar los factores de inclusión y exclusión, la descripción y la aplicación del test CaMir para medir el apego en los pacientes internalizados y un grupo focal en el cual se obtendrá información que corrobore con el test aplicado, el muestreo, y por último la interpretación de resultados.

1.5 Tipo de estudio y metodología

La investigación a realizarse es de tipo correlacional, descriptiva y transversal, la cual se realizará en dos tipos de centros de rehabilitación municipales tanto de la ciudad de Cuenca como de la ciudad de Azogues, con los centros ¨Proyecto Esperanza¨ y ¨Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues¨, con dos técnicas de investigación, siendo el primero la aplicación del test CaMir y posteriormente un grupo focal, se contará con la muestra de 15 internos por centro en total 30 pacientes. Con criterios de exclusión pacientes con deterioro cognitivo, o que presenten analfabetismo. Los criterios de inclusión siendo que hayan estado internalizados durante el periodo de Mayo-Noviembre del 2016, que presenten consumo de dos o más sustancias y que sean mayores de 18 años.

Con la muestra obtenida con la colaboración y consentimiento de los 15 pacientes para la aplicación del CaMir, se realizara el grupo focal para obtener información que corrobore con el test aplicado y también para cierre de sentimientos activados durante la aplicación del test.

1.6 Descripción del test.

Este test fue descrito por los autores Nóblega, & Traverso en el 2013, el miso mide el sistema representacional del apego, llamado Cartes des Modeles Internes de Relations, siendo traducido al español como Autocuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego y CaMir que serían las siglas del mismo, este test evalúa las diferentes vínculos de apego a nivel de la representación personal. El CaMir indaga a cerca tanto en el pasado como en el presente, que serían las figuras de apego originales y las actuales. De la misma manera, investiga sobre la interpretación personal del comportamiento de sus padres en sus primeros años y en la manera que estos afectaron a su vida, también sobre su percepción de la funcionalidad familiar (Pierrehumbert, y otros, 1996). El test mide desde dos aspectos, siendo el primero el de cogniciones de apego, y el segundo es el estilo del mismo. Mediante el modo Q Sort, que en 1953 su creador Stephenson la compone desde tomar cierto número de ítems, los cuales lo va clasificando la persona a la que se le aplica de acuerdo a como ella desee (Amin, 2000). Una característica importante de esta técnica es que las ubicaciones de las fichas está relacionado con los demás ítems, ya que debe ser un número preciso en cada uno de los grupos (Dziopa y Ahern, 2011). En el 2010 John y Halliburton expresan que la confiabilidad y validez se incrementan con estas características de ubicar los ítems ya que estas son elegidas por quien las lee y no son al azar. El test CaMir mide las siguientes 13 cogniciones de apego (Fourment, 2009; Rey de Castro, 2009):

- Escala A – Interferencia parental: esta evalúa el grado en que se dio durante la infancia por parte de sus cuidadores un grado significativo de sobreprotección, ésta generando sentimientos de indefensión, dependencia y problemas con el desarrollo de la autonomía. ·
- Escala B – Preocupación familiar: evalúa el grado de preocupación en la actualidad relacionado al bienestar de su familia o círculo próximo a él, también evalúa el nivel de malestar que se produce ante la posibilidad de separación. ·
- Escala C – Resentimiento de infantilización: evalúa el grado en que se percibió el medio familiar si este es o no acogedor, inseguro, dándose un impedimento de que se desarrolle adecuadamente su autonomía. ·

- Escala D – Apoyo parental: este evalúa en qué medida este sintió a su familia de origen como los principales proveedores de soporte y seguridad en su infancia. ·
- Escala E – Apoyo familiar: evalúa el grado en cómo se le toma en cuenta a la familia actual, si esta brinda soporte y seguridad.
- Escala F – Reconocimiento de apoyo: evalúa el grado de contento y de acuerdo que se siente por las vivencias familiares durante la niñez, también mide el grado de seguridad que este podrá contar con ellos en caso que se necesite.
- Escala G – Indisponibilidad parental: evalúa el grado en que se le nota al ambiente familiar como poco preocupados, negligente, y generando sentimientos de desapego hacia los demás.
- Escala H – Distancia familiar: evalúa el grado de distancia que este presenta con el entorno familiar, por lo que prima la independencia y siente incomodidad frente a la posibilidad de necesitar apoyo de otros.
- Escala I – Resentimiento de rechazo: evalúa si fueron recibidos durante la niñez actitudes de rechazo y abandono siendo estos percibidos por parte de los progenitores, generando resentimiento.
- Escala J – Traumatismo parental: evalúa si se sintió al entorno familiar en el periodo de la infancia como hostil y violento, produciendo en el niño sentimiento de temor.
- Escala K – Bloqueo de recuerdos: evalúa en qué medida se le hace difícil para reconocer, pensar y recordar el sistema familiar durante la infancia.
- Escala L – Dimisión parental: evalúa en qué medida se percibió a los progenitores como permisivos y la incapacidad de estos en ejercer autoridad de manera apropiada durante la niñez.
- Escala M – Valoración de la jerarquía: evalúa la valoración de los diferentes roles y las jerarquías dentro del sistema familiar.

Las 13 escalas van según los ejes de estilo general de apego (preocupación, autonomía y desapego) y nivel de realidad (pasado, presente y estado de la mente).

Dentro de las ventajas que corresponde al CaMir por encima de otros test que miden de igual manera el apego es que los ítems cuentan con elementos que engloban el pasado y

la actualidad. De igual manera, esta aplicación es menos costosa y requiere de menor tiempo que de otros test. En un principio eran 1500 ítems, mediante selecciones rigurosas se fueron eliminando elementos quedando en total 251 ítems, el análisis factorial del mismo dio como resultado 13 factores que forman la estructura del instrumento (Pierrehumbert et al., 2002). Se realizaron diferentes adaptaciones en países como Chile según Garrido et al. (2009) y en Italia según Molina, Critelli y Pierrehumbert (2007); se conoce que hay traducciones en diferentes idiomas como alemán, japonés y chino. Recientemente se validó una versión Española reducida que consta de 32 ítems (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011; citado por Nóblega y Traverso, 2013).

1.7 Procedimiento (aplicación del test).

Se aplicó el test CAMIR a 15 pacientes internalizados en el centro ¨COTEMUAZ¨ en la fecha del 3 de Octubre del 2016 constando de dos aplicaciones por día, habiendo tenido una entrevista previa la semana anterior con cada uno para establecer un rapport adecuado y poder obtener resultados más confiables en la aplicación del test, terminando la aplicación en el centro el día 12 de Octubre. De la misma manera se aplicó los reactivos en el centro ¨PROESPE¨ el día 13 de Octubre hasta el 24 de Octubre con su respectiva entrevista individual previa. Dentro de los cuales se pudo obtener la información respectiva en cada una de las plantillas. Habiendo comprendido cada uno de los pacientes sobre la información y la confidencialidad del test, estos respondiendo de manera favorable y comunicativa en toda la información que era necesaria.

1.8 Muestreo.

Se obtuvo la muestra con 15 pacientes de cada centro, que fueron seleccionados con las características necesarias, contar con un consumo de dos o más sustancias, no presentan ningún deterioro cognitivo o analfabetismo, y sean mayores de 18 y menores de 60 años.

1.9 Grupo focal.

Un Grupo Focal es un tipo de técnica utilizada para adjuntar información cualitativa de un estudio o investigación. Este grupo focal puede ser definido como una discusión o debate diseñado minuciosamente para conseguir las diferentes percepciones sobre un particular tema de interés común (Krueger, 1991).

El mismo autor expresa que el propósito de estos grupos focales es incentivar la apertura de sí mismos con los demás participantes del grupo. Según el participante, la auto-presentación les resulta de manera simple, a otros les resulta natural y agradable, sin embargo a otros les parece complicado e incómodo, ya que para esto se requiere seguridad, ánimo, y coraje. Este tipo de grupos focales llevan consigo la característica de estar compuestos por personas con características en común entre sí, con información o datos cualitativos de acuerdo al enfoque del estudio. Estos grupo deben ser constituidos por poca cantidad de población ya que deben permitir la participación de todos los integrantes, y a su vez lo suficientemente grandes para poder tener diversidad de opiniones, pensamientos y percepciones (Krueger, 1991).

El grupo focal fue realizado con 5 pacientes de cada centro de rehabilitación el día 9 de Noviembre el cual fue elaborado con éxito, constando primero por la selección de pacientes que deseaban participar y que estén dentro de los 15 pacientes que se aplicó el test CAMIR. Se realizó una presentación y en general una perspectiva de que les pareció el test que se les aplico, luego se realizaron las 5 preguntas en el siguiente orden:

- ¿De niño tenía usted oportunidad de explorar y experimentar cosas o situaciones nuevas, o sentía miedo de hacerlo?

  COTEMUAZ: Fueron criados generalmente por personas que no ponían reglas ni normas, por lo que hacían lo que querían, y pasado los 8 años esto estaba relacionado con la calle lo que hacía que no tengan miedo de hacer nada.

  ¨Mientras más arriesgado era, más nos gustaba¨

  ¨Los más bacanes eran los que se enfrentaban a situaciones más peligrosas, y por eso eran más respetados¨

PROESPE: Tenían generalmente demasiada libertad, y desde pequeños fueron criados en ambiente de trabajo de los padres, ya sea feria libre o 9 de Octubre, al igual influyeron los barrios donde ellos vivían y los compañeros de la escuela.

¨No mediamos el riesgo de nuestros actos¨

¨Desde pequeños nos dejamos llevar por la adrenalina¨

- ¿Cómo manifestaba sus sentimientos ante una dificultad?
  COTEMUAZ: Por lo general cuando se daban situaciones estresantes desde niños salían a la calle a verse con sus amigos y así olvidarse de la casa; si el problema era con los amigos iban a la casa. Ellos sabían con quién desquitarse, si era dentro de casa era con hermanos o animales, y si era en el barrio o escuela buscaban a los amigos que se dejaban manipular o maltratar por ellos.
  ¨Ahora cuando no sé qué hacer ante algún problema, acudo a drogarme para poder pensar en otra cosa ¨
  PROESPE: Desde pequeños no sabían cómo manejar las emociones, por ejemplo muchas veces culpaba a los demás y reaccionaban con agresiones, impulsos destructivos o con afán de hacer daño a quien se interponía entre ellos y lo que querían. Seguidos por lo general de culpa y arrepentimiento. Otros elegían aislarse y pensar que son culpables de lo que les ha pasado y tenían pensamientos negativos.
  ¨Mi papá me enseño que si un niño me pegue yo le pegue el doble, así aprendí que es mejor que me tengan miedo y ya no me hacen daño¨

- ¿Era para usted importante hacer las cosas con ayuda o prefería las realizarlas por si solo?

  COTEMUAZ: No necesitaban ayuda ya que no tenían a quien pedir, realizaban las cosas por ellos mismo aunque les salga mal los deberes o cualquier actividad que les resultaba difícil. Muchas veces pedían a las mamas ayuda y aunque querían ayudar no sabían cómo.
  ¨Les pagaba a mis compañeros que me den haciendo los deberes porque no tenía ayuda de nadie y no quería quedar de tonto¨

PROESPE: La mayoría no pedían ayuda ya que sus padres pasaban ausentes, así muchos intentaban hacer por si solos. Generalmente la ayuda provenía de los familiares y ellos no captaban o aprendían les pegaban o trataban mal ya que no tenían paciencia así que mejor copiaban en la escuela o preferían tener malas calificaciones y así crear una reacción negativa a lo que es los estudios o cualquier actividad que no podían.

¨Mi padre fue quien me ayudaba pero cuando me equivocaba me daba con un palo o la regla¨

¨Aprendí con las malas calificaciones a falsificar la firma de mi mamá para que no me hablen por mi mala conducta o malas notas¨

- ¿En su familia quien estuvo más cerca de usted, para compartir o atender sus necesidades?

  COTEMUAZ: Generalmente son las madres y abuelas quienes han estado más cerca de ellos, y preocupadas por su bienestar. Sin embargo casi todos no sentían el afecto de ellas o ha habido un impedimento a que se dé la relación afectiva con ellas.

  ¨Mi mamá prefería salir a favor de mi padrastro y me dejaba de lado, para mí eso fue muy doloroso y tengo rencor ya que le prefería a él¨

  PROESPE: Hermanos en casos de migrantes, madres y abuelas. Muchas veces se sentían que no tenían a quien recurrir en situaciones de necesidad de un concejo o de atender alguna curiosidad así se valían más de sus amigos.

  ¨Las pocas veces que veía a mi papá y me enseñaba a manejar bicicleta o algo y lloraba me pegaba diciendo que los hombres no lloran¨

- ¿Con que palabra describiría usted su infancia?

  COTEMUAZ: Se identificaban con tristeza, soledad, feliz, dura, única de manera positiva y negativa.

  PROESPE: La describían con soledad, emocionante, falta de afecto, mala, y triste.

  ¨La verdad preferiría no recordarla porque esos recuerdos son dolorosos¨

Para realizar el cierre de grupo, se aplicó una técnica de relajación de reencuentro con su niño interior; Comenzando por una relajación progresiva de Jacobson (1938), que es un método fisiológico que lleva hacia el reposo muscular, que consta en tensionar y relajar los músculos progresivamente mientras se regula la respiración, y se busca llegar a un estado agradable mental en el cual se pide tener la mente en blanco, concentrarse en la respiración y en el movimiento muscular. Este proceso dura aproximadamente 10 minutos; una vez conseguido dicho estado de relajación se les invita a la imaginación integrada por los sentidos, en la cual se induce la vivencia de encontrarse en lugar agradable donde llegan a encontrarse con sigo mismo pero de 8 años, en este encuentro el niño le dice algo y él le responde, se abrazan por un momento y se alejan cada uno por su camino de regreso. Luego se vuelve lentamente al aquí y ahora.

Concluye con la exteriorización y la graficación de la experiencia.

Se entrega una frase motivadora. Y se les incentiva a mejorar y superar los antecedentes que de una u otra manera afectaron en su infancia y su desarrollo, haciéndoles saber que su presente y futuro depende de ellos y no de su pasado.

1.10 Revisión de expedientes para determinar la adicción de 2 o más sustancias.

Fueron proporcionadas las historias clínicas de los pacientes en los cuales se obtuvo la información respectiva, así confirmando por la entrevista individual y la historia clínica sobre el consumo de más de una substancia

1.11 Interpretación de resultados.

Dentro del procesamiento de datos se considera necesario agrupar los datos estadísticos dentro de cuatro sub categorías agrupados a partir de la escala *Likert* que corresponden a las siguientes:

Bajo → esta sub categoría agrupa los porcentajes obtenidos entre 0 % y 20%.

Regular –› esta sub categoría agrupa los porcentajes obtenidos entre 21 % y 40%.

Medio –› esta sub categoría agrupa los porcentajes obtenidos entre 41 % y 60%.

Alto –› esta sub categoría agrupa los porcentajes obtenidos entre 61 % y 80%.

Muy Alto –› esta sub categoría agrupa los porcentajes obtenidos entre 81 % y 100%.

Esta agrupación se lo proceso con ayuda del software de analítica predictiva SPSS.24, luego de determinar que los valores iniciales no permitían un análisis estadístico congruente para los centros *COTEMUAZ, PROESPE.*

A fin de tener uniformidad en el proceso de datos y para facilitar el análisis esta agrupación de datos se las aplico tanto para los tres apegos principales *preocupad, desentendido,* así como para el apego de tipo *seguro.*

De la misma manera se procesaron los datos obtenidos para las 13 sub categorías dadas por el test *CARTES DES MODELES INTERNES (autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego)*. Es importante señalar que las tablas y los gráficos que resultan de dicha agrupación solo reflejan los datos obtenidos dentro de las agrupaciones creadas (*bajo, regular, medio, alto y muy alto*) por lo que aquellas categorías que tengan del valor de la frecuencia igual a cero no estarían graficadas (f=0)

A continuación se representan dos datos y su análisis a partir de las subcategorías creadas con este fin:

Apegos & Centros

Tabla 1

Preocupado & Centros

Tabla cruzada Preocupado & Centros

		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Preocupado	Regular (entre 21-40)	1	6,67	0	0	1	3,33
	Medio (entre 41-60)	6	40,00	9	60	15	50,00
	Alto (entre 61-80)	7	46,67	6	40	13	43,33
	Muy Alto (entre 81-100)	1	6,67	0	0	1	3,33
Total		15	100,00	15	100	30	100,00

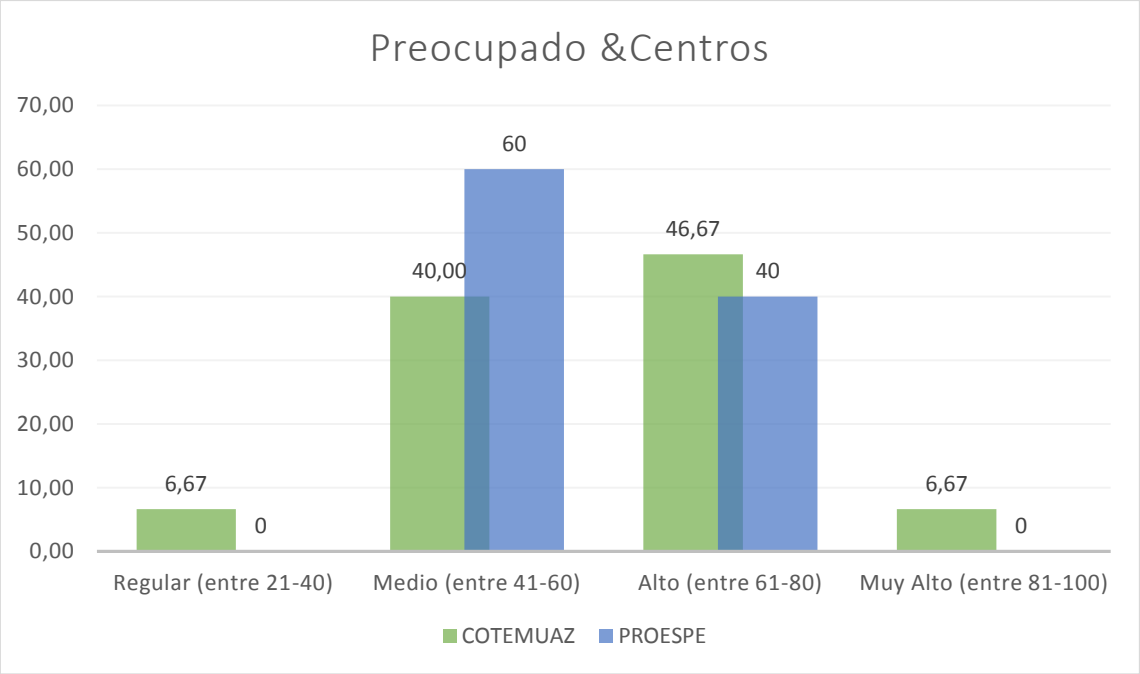

Gráfico 1.- *Preocupado & Centros*

Interpretación: De la muestra total (n=30) se determina que el comportamiento de los datos se agrupa valores de frecuencia más altos para las categorías *medio* y *alto* siendo más significativo para los usuarios del centro *PROESPE* quienes obtiene un porcentaje de apego de tipo *preocupado* del 60% mientras que para los usuarios de *COTEMUAZ* se ubica en un 46.67% dentro de la sub categoría *alto.* Sin embargo algo muy notorio es que existe aunque significativo el 6.67% de sujetos de *COTEMUAZ* que presentan un apego preocupado den la categoría *muy alto.*

Tabla 2

Desentendido & Centros

Tabla cruzada Desentendido & Centros

		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Desentendido	Medio (entre 41-60)	7	46,67	7	46,67	14	46,67
	Alto (entre 61-80)	6	40,00	8	53,33	14	46,67
	Muy Alto (entre 81-100)	2	13,33	0	0,00	2	6,67
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

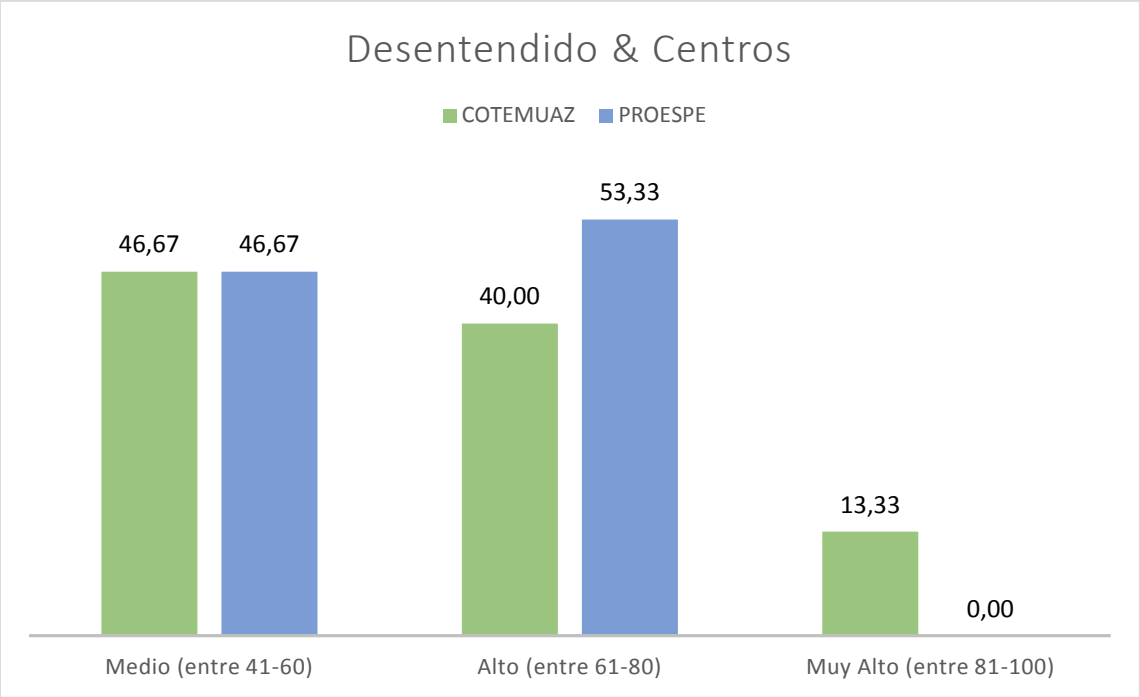

Gráfico 2.- *Desentendido & Centros*

Interpretación: Dentro de los individuos sujetos a investigación (n=30) que se agrupan dentro de los dos centros (*COTEMUAZ Y PROESPE*) se encuentra que el porcentaje más alto dentro del tipo de apego *desentendido* lo obtiene la sub categoría *Alto* con un 53.33% del centro *PROESPE,* mientras que para el centro *COTEMUAZ* el porcentaje más alto lo obtiene la sub categoría *medio* con un 46.67%, otro fenómeno que es importante es determinar que *COTEMUAZ* presenta el 13.33% de los sujetos investigados que tienen una apego *desentendido* en la sub-categoría *muy alto.*

Tabla 3

Seguro & Centros

Tabla cruzada seguro & Centros

		Centros				Total	
		COTEMUAZ	&	PROESPE	%		
Seguro	Bajo (entre o-20)	2	13,33	2	13,33	4	13,33
	Regular (entre 21-40)	8	53,33	7	46,67	15	50,00
	Medio (entre 41-60)	5	33,33	6	40,00	11	36,67
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

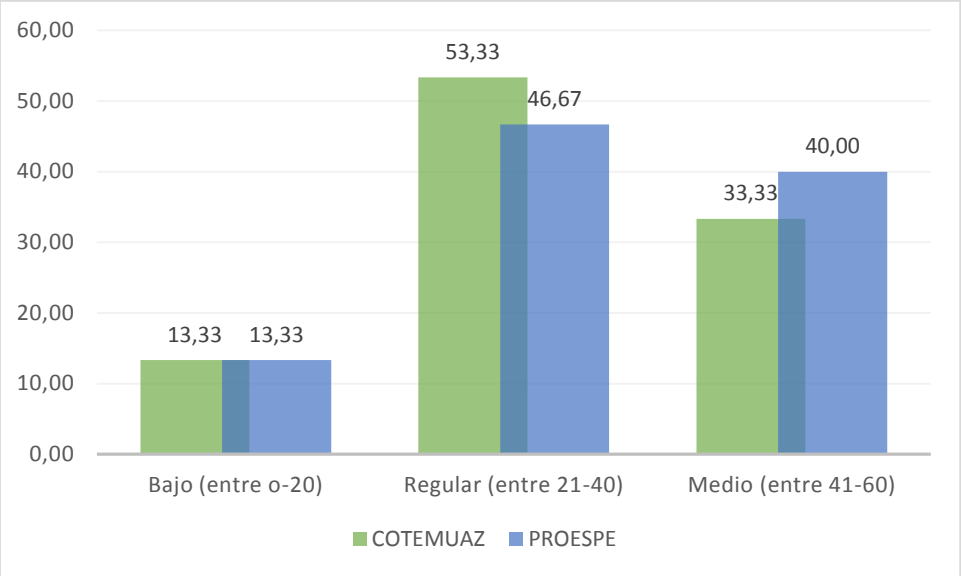

Gráfico 3.- *Seguro & Centros*

Interpretación: Del número total de encuestados (n=30) el porcentaje más significativo en relación al apego de tipo *seguro* es para el centro *COTEMUAZ*, con el 53.33% correspondiente a la sub categoría de *regular*, dentro de la misma categoría y con el 46.97% se encuentra *PROESPE*, es importante notar que los valores alcanzados solo alcanzan hasta la categoría *mediano* es decir entre el 41% y el 60%, lo que significa que a pesar de que se registre el apego seguro dentro de los usuarios este es muy bajo, pudiendo caracterizarse como un factor emocional de riesgo significativo..

Escalas & Centros

Tabla 4

Interferencia parental & Centros

Tabla cruzada Interferencia parental & Centros							
		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Interferencia parental	Medio (entre 41-60)	4	26,67	2	13,33	6	20
	Alto (entre 61-80)	11	73,33	13	86,67	24	80
Total		15	100	15	100	30	100

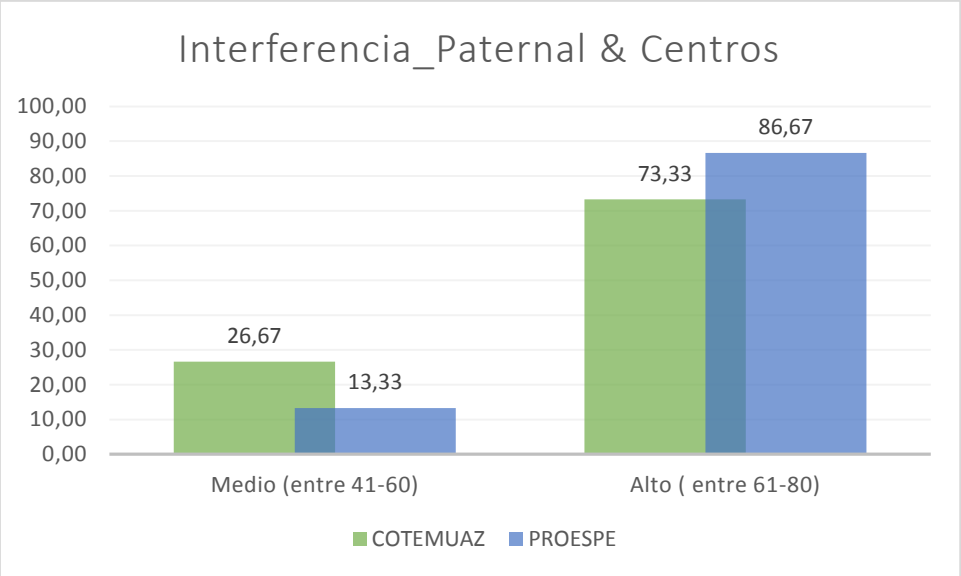

Gráfico 4.- *Interferencia parental & Centros*

Interpretación: A partir del procesamiento de datos se puede notar que gráficamente existen solo dos categorías significativas (*mediano-alto*). El porcentaje con mayor prevalencia es para *PROESPE* con el 86.67% dentro de la sub-categoría *interferencia parental*, en reflejo pero con mejor porcentaje *COTEMUAZ* con el 73.33% esta cimeria entre los dos centros (n=30) tiene una correlación significativa, lo que significaría que un estilo de crianza de tipo sobreprotector, la falta de independencia e interferencia en el desarrollo de la autoestima que es como se caracteriza esta sub-categoría, es un factor de riesgo para conductas de vulnerabilidad como el consumo de alcohol u otras sustancias.

Tabla 5

Preocupación familiar & Centros

Tabla cruzada Preocupación familiar & Centros							
		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Preocupación familiar	Regular (entre 21-40)	1	6,67	2	13,33	3	10
	Medio (entre 41-60)	13	86,67	11	73,33	24	80
	Alto (entre 61-80)	1	6,67	2	13,33	3	10
Total		15	100	15	100	30	100

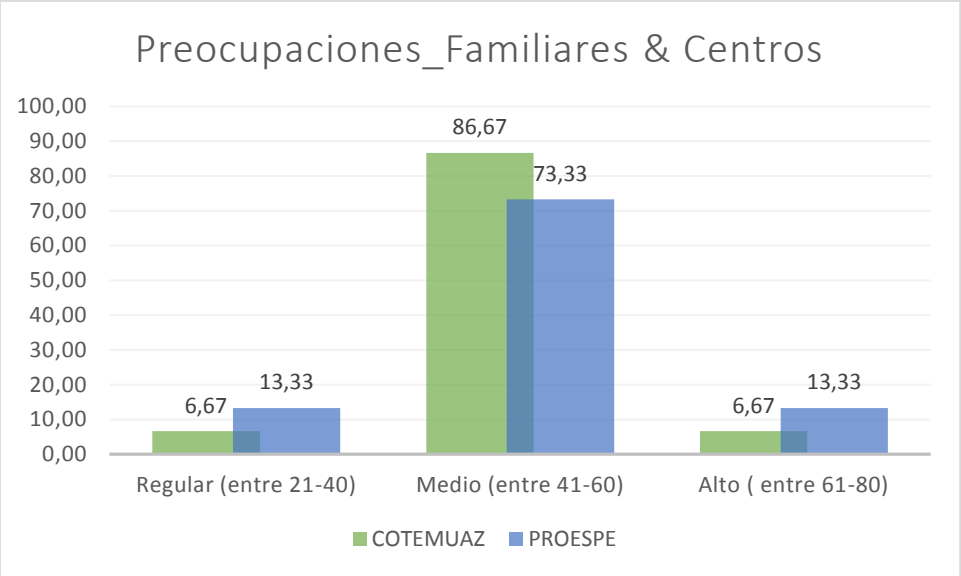

Gráfico 5.- *Preocupación familiar & Centros*

Interpretación: La preocupación familiar es una sub-categoría que permite evaluar el grado actual de bienestar con relación al entorno más cercano así como el malestar a la separación, como se puede observar los dos grupos de población se centran en la dimensión *medio* siendo el porcentaje más alto 86.67% para *COTEMUAZ* y el 73.33% para *PROESPE*, posiblemente estos se deba al desgaste familiar que implica una patología en sí misma. Lo más importe es destacar que solo el 13.33% en *PROESPE* y el 6.67% en *COTEMUAZ* aún perciben como significativo el acompañamiento familiar dentro de su proceso de tratamiento.

Tabla 6

Resentimiento de infantilización & Centros

Tabla cruzada Resentimiento de infantilización & Centros							
		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Resentimiento de infantilización	Medio (entre 41-60)	7	46,67	4	26,67	11	36,67
	Alto (entre 61-80)	8	53,33	11	73,33	19	63,33
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

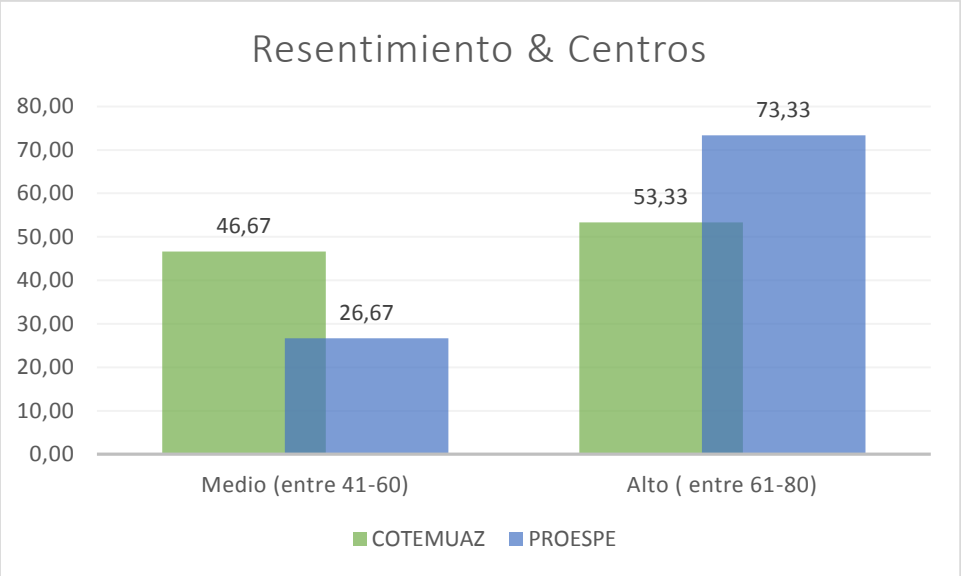

Gráfico 6.- *Resentimiento de infantilización & Centros*

Interpretación: En la sub-categoría de *resentimiento de infantilización* se evalúa el grado en el que percibido el ambiente familiar como acogedor e inseguro y las obstrucciones hacia la autonomía. Como visualmente se puede determinar el 73.33% y el 53.33% de los porcentajes tanto para *PROESPE* como para *COTEMUAZ* respectivamente se ubican en la dimensión *alto* , es decir que todos los usuarios perciben su ambiente familiar como poco acogedor e inseguro y siente que han impedido el desarrollo de su autonomía. Estos datos afirmarían postulados sistémicos en donde la familia es en sí es un sistema donde el síntoma puede ser expresado por uno de sus miembros, siendo el síntoma el consumo problemático del alcohol u otra droga.

Tabla 7

Apoyo parental & Centros

Tabla cruzada Apoyo parental & Centros

		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Apoyo parental	Bajo (entre 0-20)	1	6,67	0	0,00	1	3,33
	Regular (entre 21-40)	6	40,00	7	46,67	13	43,33
	Medio (entre 41-60)	8	53,33	8	53,33	16	53,33
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

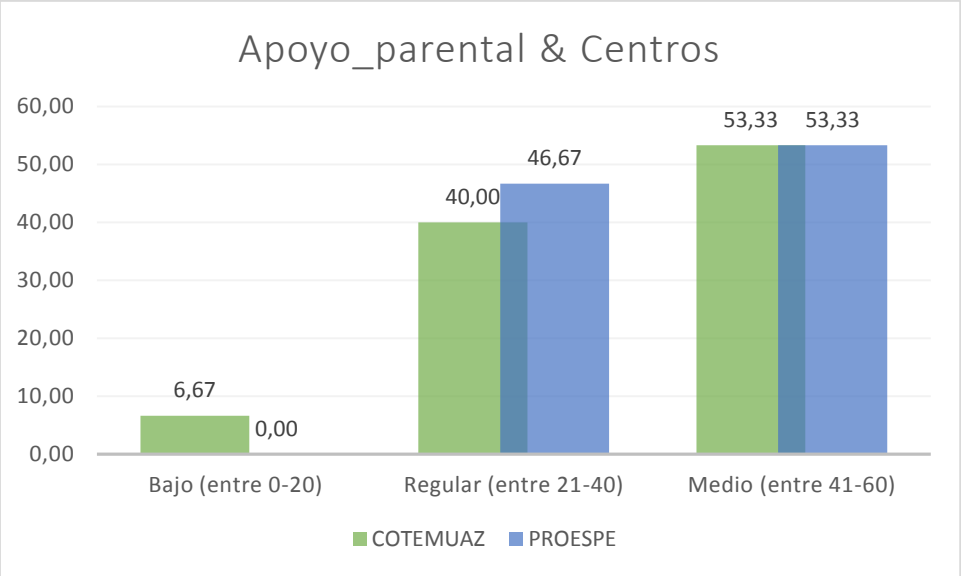

Gráfico 7.- *Apoyo parental & Centros*

Interpretación: La sub categoría *apoyo parental* mide el grado de percepción como soporte y seguridad en la niñez, en este sentido la sub dimensión con mayores porcentajes es la *medio* con el 53.33% tanto para *COTEMUAZ* como para *PROESPE* lo que significa que para las dos poblaciones la precepción familiar soporte y seguridad no es significativa ni tan buena pero tampoco mala.

Tabla 8

Apoyo familiar & Centros

Tabla cruzada Apoyo familiar & Centros							
		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Apoyo familiar	Bajo (entre 0-20)	1	6,67	0	0,00	1	3,33
	Regular (entre 21-40)	6	40,00	5	33,33	11	36,67
	Medio (entre 41-60)	8	53,33	10	66,67	18	60,00
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

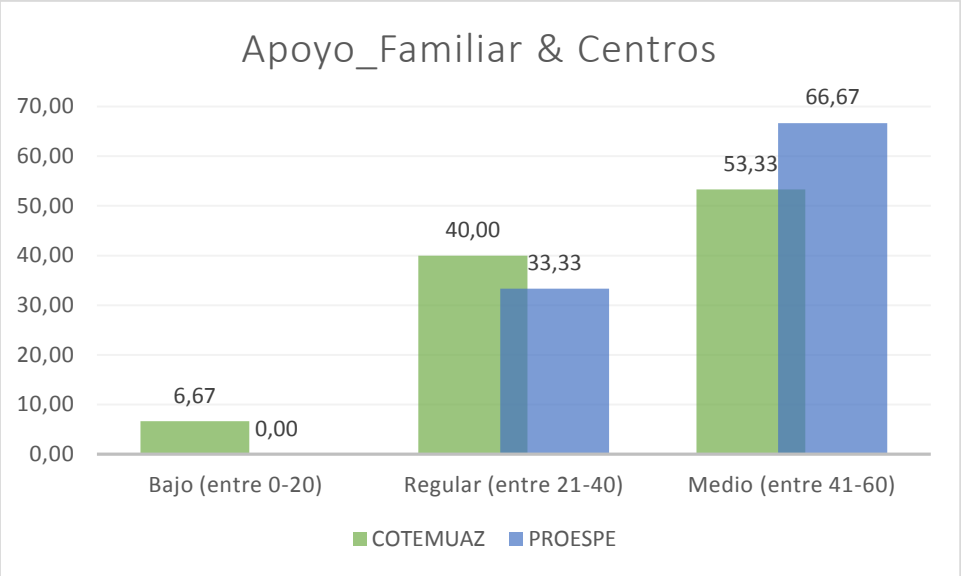

Gráfico 8.- *Apoyo familiar & Centros*

Interpretación: El *apoyo familiar* mide el grado en que se considera a la familia actual como fuente de soporte y seguridad, se observa que los datos se agrupan con mayor frecuencia están en la dimensión *medio*, con el 66.67% para *PROESPE y* 53.33% para *COTEMUAZ* en comparación con los datos de la tabla anterior se puede decir que la percepción de los usuarios en relación a la percepción de apoyo no ha cambiado donde la niñez hasta la situación actual. Se puede entonces hipotetizar que el ambiente familiar es un factor de riesgo para patologías

Tabla 9

Reconocimiento de apoyo & Centros

Tabla cruzada Reconocimiento de apoyo & Centros							
		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Reconocimiento de apoyo	Bajo (entre 0-20)	1	6,67	0	0,00	1	3,33
	Regular (entre 21-40)	4	26,67	8	53,33	12	40,00
	Medio (entre 41-60)	10	66,67	7	46,67	17	56,67
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

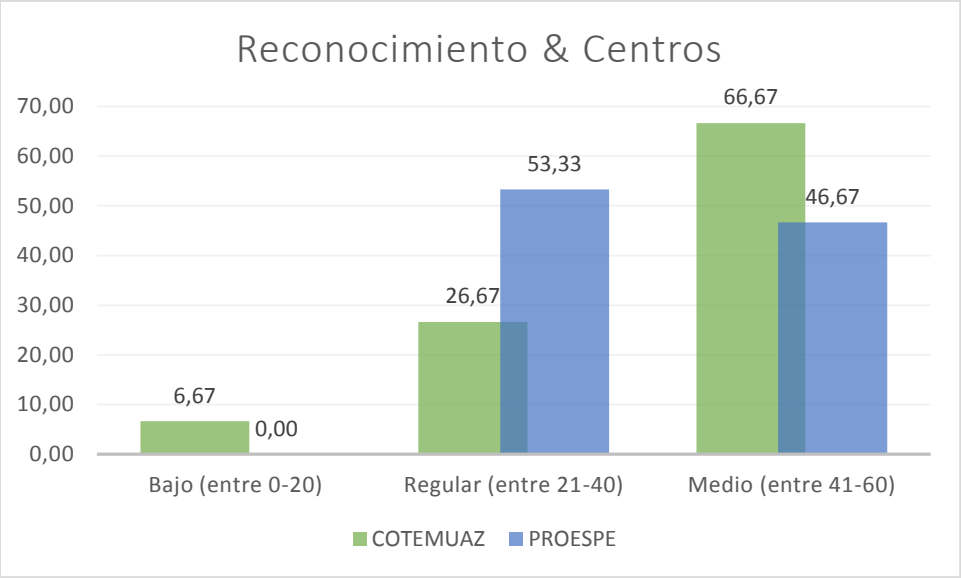

Gráfico 9.- *Reconocimiento de apoyo & Centros*

Interpretación: La subcategoría de reconocimiento de apoyo, evalúa el grado de satisfacción por las vivencias familiares durante la infancia y el grado de certeza de que podrá contar con ellos en caso que sea necesario. Dentro de la población investigada (n=30) se puede observar que el comportamiento de datos en comparación a los dos centro no son simétricos como en las categorías anteriores dentro de la dimensión *medio* se nota con mayor presencia a la población de *COTEMUAZ* con el 66.67% mientras que la población de *PROESPE* tiene mayor presencia dentro de la dimensión *regular* con el 53.33%, estos valores reflejan la inconsistencia del ambiente familiar, lo que en cierto modo podría ser un componente particular para el tratamiento integral de los usuarios.

Tabla 10

Indisponibilidad parental & Centros

Tabla cruzada Indisponibilidad parental & Centros							
		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Indisponibilidad parental	Medio (entre 41-60)	4	26,67	7	46,67	11	36,67
	Alto (entre 61-80)	10	66,67	8	53,33	18	60,00
	Muy Alto (81-100)	1	6,67	0	0,00	1	3,33
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

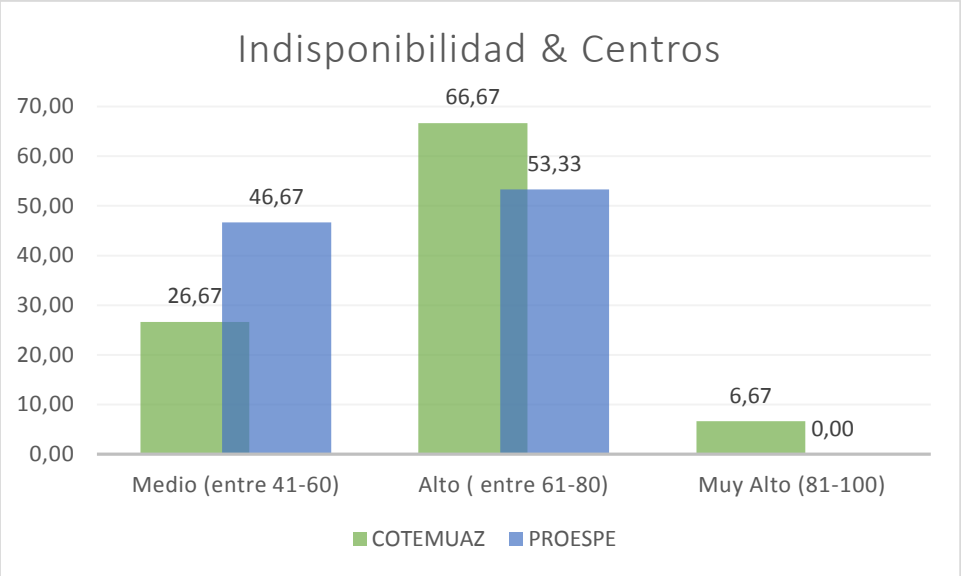

Gráfico 10.- *Indisponibilidad parental & Centros*

Interpretación: La sub-categoría I*ndisponibilidad parental* evalúa el grado en que se percibió al entorno familiar como poco preocupados o negligentes, generando sentimientos de desapego hacia el entorno. El grafico muestra que la mayor concentración de datos se ubica dentro del dimensión *alto* para el total de la muestra investigada (n=30) *COTEMUAZ* con el porcentaje más alto 66.67% y no muy por debajo *PROESPE* con el 53.33%, lo que permite caracterizar que el ambiente familiar es significativo dentro de las patologías que presentan los usuarios si bien, los datos no son concluyentes, estos hallazgos pueden motivar un nuevo enfoque sobre factores de riesgo.

Tabla 11

Distancia familiar & Centros

Tabla cruzada Distancia familiar & Centros							
		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Distancia familiar	Medio (entre 41-60)	10	66,67	9	60,00	19	63,33
	Alto (entre 61-80)	5	33,33	6	40,00	11	36,67
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

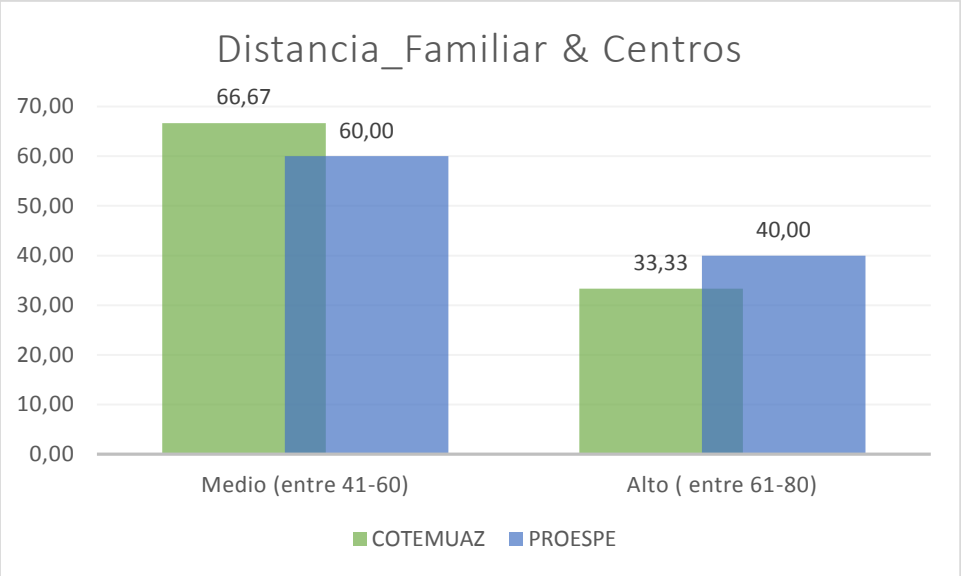

Gráfico 11.- *Distancia familiar & Centros*

Interpretación: La sub-categorías *Distancia familiar* evalúa el grado de distancia con el entorno familiar, por lo que se destaca la independencia y se siente molestia frente a la posibilidad de necesitar apoyo de su entorno. Como sucede en las escalas anteriores de *apoyo parental e interferencia paternal* los datos se agrupan en la dimensión de *medio* enfatizando como modelos de crianza la sobreprotección enmarcándolo como una conducta paternal negativa. El porcentaje más alto de 66.67% lo encontramos en *COTEMUAZ* seguido por un 60% para *PROESPE* ambos valores dentro de la dimensión *medio.*

Tabla 12

Resentimiento de rechazo & Centros

Tabla cruzada Resentimiento de rechazo & Centros

		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Resentimiento de rechazo	Regular (entre 21-40)	1	6,67	0	0,00	1	3,33
	Medio (entre 41-60)	3	20,00	4	26,67	7	23,33
	Alto (entre 61-80)	10	66,67	9	60,00	19	63,33
	Muy Alto (81-100)	1	6,67	2	13,33	3	10,00
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

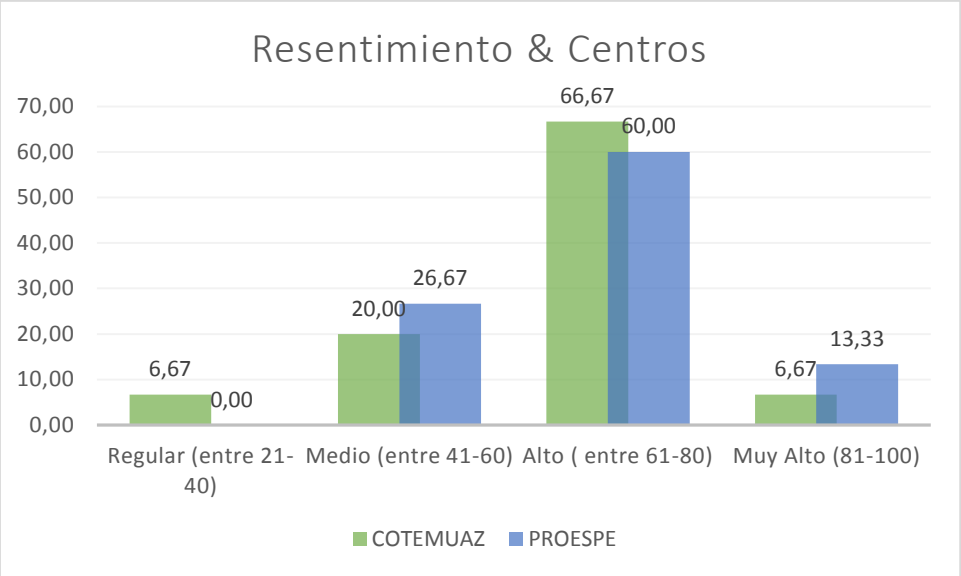

Gráfico 12.- *Resentimiento de rechazo & Centros*

Interpretación: El *Resentimiento de rechazo* evalúa si se percibieron durante la infancia actitudes de rechazo y abandono por parte de los padres, generando resentimiento. Ambos grupos de población se centran dentro de la dimensión *alto* para *COTEMUAZ* con el porcentaje más alto 66.67% mientras que para *PROESPE* con el 60%. Estos valores reflejan un estilo paternal ambivalente si bien anteriormente se pudo caracterizar un ambiente sobre-protector aparece un nuevo hallazgo en donde los padres son vistos con resentimiento probablemente por la negligente estilo de crianza negando la posibilidad de desarrollar independencia y autoestima adecuados.

Tabla 13

Traumatismo parental & Centros

Tabla cruzada Traumatismo parental & Centros							
		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Traumatismo parental	Regular (entre 21-40)	1	6,67	0	0,00	1	3,33
	Medio (entre 41-60)	3	20,00	3	20,00	6	20,00
	Alto (entre 61-80)	7	46,67	12	80,00	19	63,33
	Muy Alto (81-100)	4	26,67	0	0,00	4	13,33
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

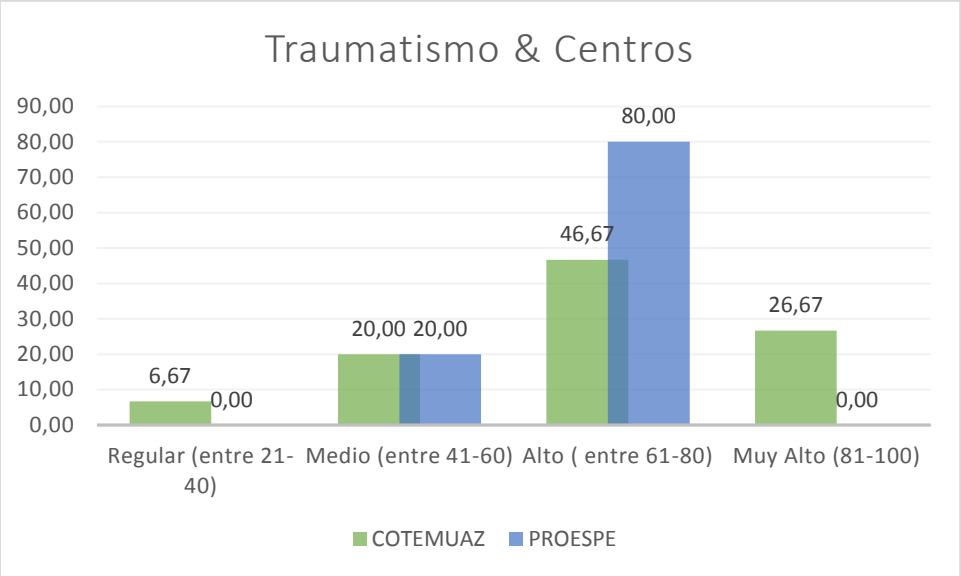

Gráfico 13.- *Traumatismo parental & Centros*

Interpretación: El *Traumatismo parental* evalúa si se percibió al entorno familiar durante la niñez como hostil y violento, generando sentimiento de temor. Los valores obtenidos muestras que esta categoría es de sobre manera significativa ya que aparecen porcentaje en *PROESPE* de 80% correspondiente a la dimensión *alto* mientras que dentro de la dimensión *muy alto* el protagonista es *COTEMUAZ* lo que puede indicar que un sentimiento protagonista dentro de los sujetos investigados es el miedo siendo una vez más la disfuncionalidad familiar un fuerte factor de riesgo para la vulnerabilidad de consumo de alcohol u otras conductas de riesgo.

Tabla 14

Bloqueo de recuerdos & Centros

Tabla cruzada Bloqueo de recuerdos & Centros

		Centros				Total	
		COTEMUAZ	%	PROESPE	%		
Bloqueo de recuerdos	Medio (entre 41-60)	10	66,67	7	46,67	17	56,67
	Alto (entre 61-80)	5	33,33	8	53,33	13	43,33
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

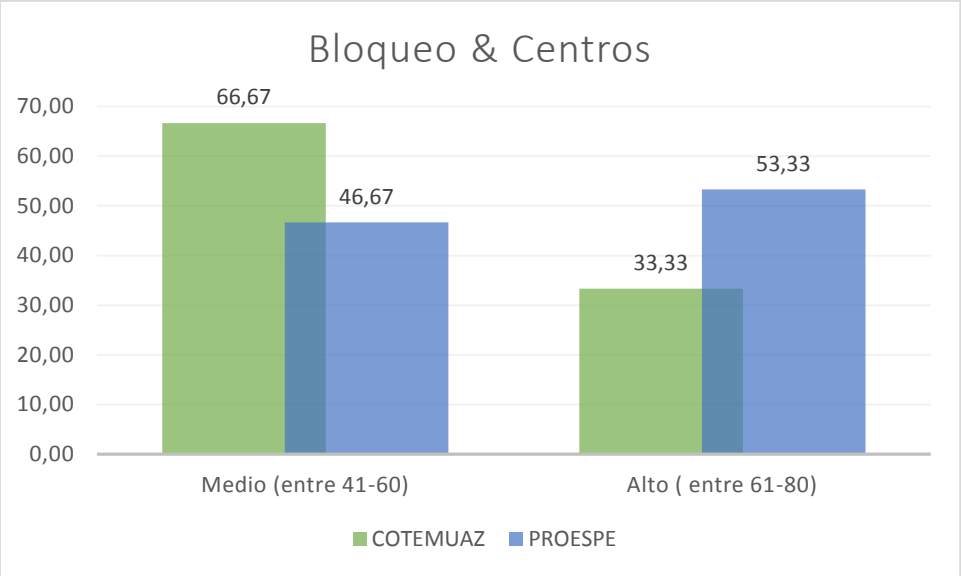

Gráfico 14.- *Bloqueo de recuerdos & Centros*

Interpretación: El *Bloqueo de recuerdos* evalúa el grado de dificultad para reconocer, pensar y recordar la dinámica familiar durante la infancia. Si bien los componentes disfuncionales son significativos dentro de los datos encontrados aparente mente esto no es percibido por los sujetos de investigación (n=30), los porcentajes se acumulan en dos dimensiones *alto* y *medio* siendo *COTEMUAZ* con el mayor porcentaje 66.67% en *medio* y *PROESPE* en la dimensión *alto.* Este fenómeno neurología pone en evidencia los mecanismos de defensa que se han desarrollado a lo largo de la vida de los usuarios de los centros de forma inconsciente para mantener un equilibrio dentro de lo posible, si bien las conduzcas inadecuadas que presentan los usuarios estos son un síntoma de la disfuncionalidad familiar descrita anteriormente.

Tabla 15

Dimisión parental & Centros

Tabla cruzada Dimisión parental & Centros

		Centros				Total	
		COTEMUAZ		PROESPE			
Dimisión parental	Medio (entre 41-60)	6	40,00	1	6,67	7	23,33
	Alto (entre 61-80)	6	40,00	10	66,67	16	53,33
	Muy Alto (81-100)	3	20,00	4	26,67	7	23,33
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

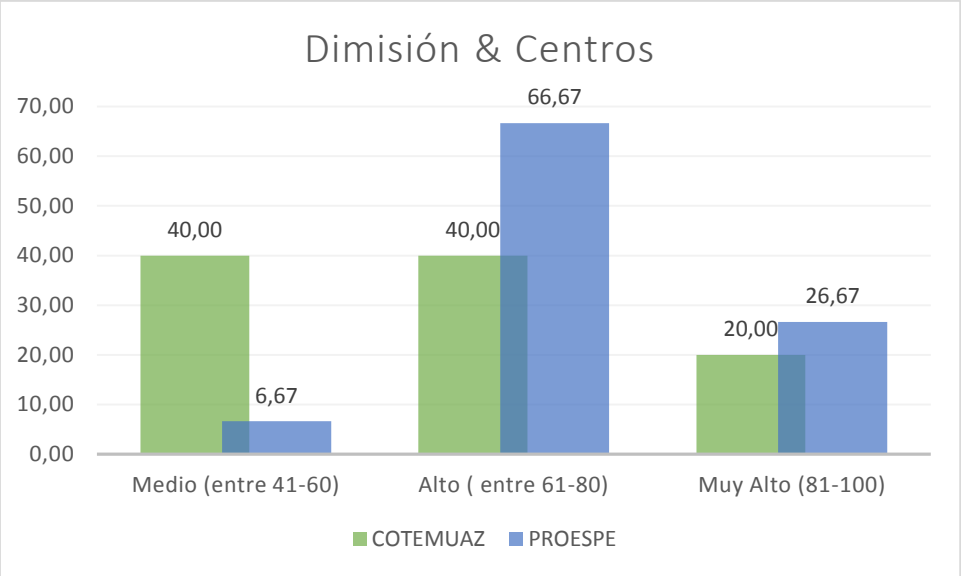

Gráfico 15.- Dimisión parental & Centros

Interpretación: La *Dimisión parental* evalúa si se percibió a los padres como permisivos y que no pudieron ejercer autoridad de manera adecuada durante la niñez. Esta escala representa un resumen de los estilos de crianza sobre-protectores en donde los límites de los hijos no fueron establecidos siendo para *PROESPE* el porcentaje más alto de la muestra investigada 66.67% en la dimensión *alto* sin embargo el comportamiento de los datos obtenidos nos indican que existe una tendencia hacia las dimensiones *alto* y *muy alto* estando con *PROESPE* con el 26.67 en comparación a *COTEMUAZ* que obtuvo un porcentaje del 40% y el 20% respectivamente. Estos datos pueden orientar y acortar el camino en la importancia de un habiente familiar seguro con reglas y límites claros.

Tabla 16

Valoración de la jerarquía & Centros

Tabla cruzada Valoración de la jerarquía & Centros

		Centros				Total	
		COTEMUAZ		PROESPE			
Valoración de la jerarquía	Medio (entre 41-60)	9	60,00	9	60,00	18	60,00
	Alto (entre 61-80)	6	40,00	6	40,00	12	40,00
Total		15	100,00	15	100,00	30	100,00

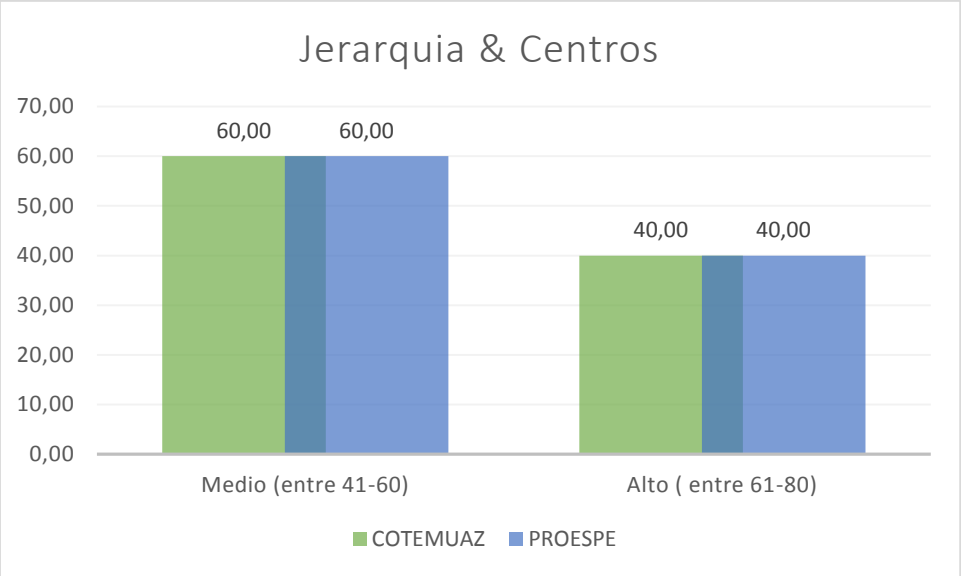

Gráfico 16.- Valoración de la jerarquía & Centros

Interpretación: La sub categoría de *Valoración de la jerarquía* evalúa la valoración de los roles y las jerarquías dentro de la familia. El grafico muestra que los roles de cada una de los miembros de la familia son ambiguos cuando existe una tendencia general hacia la dimensión *medio* con el 60% en ambas poblaciones. En resumen se puede notar que si bien el apego con mayor significancia es el desentendido, el resto de sub escalas muestran que el ambiente familiar es uno de sus principales factores de riesgo es ahí entonces la importancia de los programas de prevención o promoción en fomentar la comunicación y es respaldo familiar entre sus miembros.

Conclusiones

EL análisis descriptivo de los datos permite identificar que el apego con mayor presencia dentro de la población sujeta a investigación es el *tipo desentendido* a nivel general, mientras que el apego esperado, es decir el apego *Seguro*, obtiene mayor prevalencia dentro de la dimensión *regular* entre el 21-40%, sin embargo, en comparación a los Centros investigados (*COTEMUAZ y PROESPE*), se identifica que los porcentajes más altos dentro del apego Preocupado y Desentendido son más significativos dentro de *PROESPE*. Al tener el apego desentendido mayor significancia las escalas adicionales describen el ambiente familiar percibido por los sujetos de investigación como ambiguos e inseguros se percibe actitudes de rechazo y abandono por parte de los padres el

caracterizando un ambiente familiar poco preocupado y negligente por lo que la falta de independencia e interferencia en el desarrollo de la autoestima y la dificultad para ejercer autoridad de forma adecuada durante la niñez son los factores de mayor riesgo dentro de los estilos de crianza asumidos por sus progenitores.

2 CAPITULO 3:

Análisis de resultados.

2.1 Discusión

Dentro del análisis descriptivo de los datos encontrado en relación los indicadores que arroja el test se puede determinar que la sintomatología del apego y el ambiente familiar son predictores para la vulnerabilidad en el consumo u abuso de alcohol u otras sustancias, si bien los datos pueden ser por su naturaleza difíciles de interpretar si se puede hacer un perfil conductual en el que se anote los rasgos de mayor significancia encontrados dentro del grupos que fue sujeto a investigación.

En relación a los tipos de apego se puede notar que el 50% de la población que fue sujeto a investigación proyecta un índice *medio (que se encuentra entre 41% y 60%)* hacia el apego *preocupado,* es decir, que por lo menos la mitad de esta población en ciertas ocasiones se muestran sociables y con facilidad para establecer relaciones interpersonales, sin embargo el manejo y control de sus impulsos denotan una conducta ambivalente o cohesiva, si bien en sí mismo el apego implica un acercamiento emocional con frecuencia pueden presentarse arrebatos de rabia, y pensamientos de mayor valoración a nivel interpersonal lo que debilita su autonomía. En relación al apego de tipo *desentendido* los datos muestran similares porcentajes 46,67% hacia las dimensiones *medio (entre 41% y 60%) y alto (entre 61% y 80%),* en sí, este tipo de apego describe conductas en su mayoría evitativas donde se desataca su dificultad en las relaciones personales ya que se muestran esquivos ante cualquier grado de intimidad y relación cercana, presentan así para su autorregulación el no esperar gratificaciones del medio para evitar ser lastimados por los demás, así logrando por sí mismos su regulación conductual y emocional; teniendo como resultado altos grados de represión y bloqueo.

Estos datos toman sentido cuando se observa los porcentajes obtenidos en el apego *seguro* donde del total de la población investigada el 50% se concentra en la dimensión de tipo *regular* (*donde se agrupan los porcentajes entre 21% y 40%*), con lo que se comprueba en cierto modo que la falta de un apego seguro y la presencia de un apegos desorganizado o ambivalente dentro de los estilos de crianza adoptados es una factor predisponente a situaciones sociales de vulnerabilidad como el consumo o el uso problemático de alcohol u otras drogas siendo semejante a lo sostenido por (Fonagy et al. 2010) en donde el adulto que débil apego seguro tendrá dificultades en mantener su relaciones interpersonales, evitar regresar al medio familiar ya que le genera ansiedad dando preferencia a un extraño y quiera manejar el estrés por sí mismo.

Cuando hablamos de las sub categorías en cambio el perfil encontrado se caracteriza desde la interferencia paternal donde el 80% de la población refiere un porcentaje de *alto* (*que agrupa los porcentajes entre* 61% y *80%*), es decir, que los modelos de crianza preferentes dentro de este grupo es el *sobreprotector* en donde la falta de independencia e interferencia en el desarrollo de la autoestima juega un papel significativo a la hora de analizar los factores predisponentes, señalados también por (Parker G., Fairley M., Greenwood J., et al., 1982), donde este tipo de modelo determinaría el desarrollo de problemas de conducta en el niño y el adolescente como depresión, personalidad bordeline, trastornos psicosomáticos y drogodependencia. Otra de las sub-categorías que se destacan es el *resentimiento de infantilización* donde el 63.33% se agrupa en un nivel *alto* (*que agrupa los valores entre 61% y 80%*), en el que nuevamente el ambiente familiar es sujeto de cuestionamiento, ya que los sujetos perciben este como ambivalente, es decir, entre acogedor e inseguro, sin embargo, se denota la obstrucción hacia la autonomía datos que se relacionan a lo expresado por (Becoña Iglesias, Calafat, Fernández Hermida, & Fernández del Rio, 2014). La correlación continúa cuando aparece un nivel *alto* en la categoría *indisponibilidad paternal* presente en el 60% donde se describe a los progenitores o entorno familiar como poco preocupados o negligentes, generando sentimientos de desapego hacia el entorno, factor que se sustenta también con la categoría de *resentimiento de rechazo* en que el 63.33% de la población obtiene un nivel *alto* de rechazo y abandono por parte de su progenitores lo que desemboca en rechazo y resentimiento, Al obtener similares puntuación dentro de la categoría *traumatismo parental* se pude asociar que este tipo de expresiones por parte de los cuidadores o progenitores es producto justamente de un ambiente hostil y violento lo que marca la

expresión de *temor* lo que a tempranas edades constituye un impedimento para el desarrollo integral del menor tanto físico, emocional como intelectual como lo concuerda (Girón García, 2005) denominando este entorno como *familias del toxicodependeinte*. Ahora bien, como se menciona al inicio de la discusión el ambiente familiar es percibido como ambivalente, gracias a la categoría de *dimisión parental* donde el 53% dela población alcanza un nivel *alto* se puede encontrar que en por encima de la mitad de los participantes evalúan a sus padres como permisivos y que no pudieron ejercer autoridad de manera adecuada durante la niñez. En definitiva estos datos concuerdan con lo expuesto por Giron (2005) donde la Teoría del Apego nos permite entender cómo el daño en el vínculo del apego se traduce posteriormente en trastornos de personalidad o psicopatológicos de alguna forma complementa o nos permite comprender el origen y el mantenimiento de esos problemas de conducta.

2.2 Conclusiones.

En función de los resultados obtenidos se puede concluir que el apego de tipo desentendido es el más significativo dentro de la población investigada, siendo un factor determinante para situaciones de vulnerabilidad social. El hecho además que el apego seguro solo se marque dentro de un nivel *regular* se puede notar que el vínculo entre las personas significativas durante todo el complejo proceso de desarrollo individual, psicológico e intelectual de los niños permite el desarrollo de conductas resilientes frente a patologías de personalidad o conductuales.

Se puedo determinar además que los estilos de crianza y la definición de un entorno social adecuado son nuevamente fundamentales a la hora de prevenir situaciones de vulnerabilidad como el consumo de alcohol u otras drogas, las categorías de interferencia parental, el resentimiento de infantilización, la indisponibilidad parental, el resentimiento de rechazo, el traumatismo parental, y la dimisión parental fueron las de mayor prevalencia dentro de la investigación, todas ellas reflejan estilos de crianza y ambientes familiares ambiguos caracterizados principalmente por un sentido sobreprotector pero a la vez inseguro y agresivo, en donde los padres impiden de desarrollo de pautas cognitivas como la independencia la autoestima, el manejo de la frustración o tolerancia al estrés, lo que conlleva a tener dificultades en sus habilidades interpersonales y sociales.

En tanto se puede concluir que los problemas de personalidad y de conducta o adicciones son el resultado de un ambiente familiar disfuncional carente de un vínculo que permita el desarrollo de la autoestima, seguridad normas y expectativas de vida que impulsen pensamientos, sentimientos y acciones futuras. Es decir que los factores psicológicos y ambientales están asociados a estas situaciones de vulnerabilidad.

2.3 Recomendaciones.

Es importante destacar el fenómeno social en el que nos encontramos en la actualidad donde el país se concentra más en la prevención o promoción de salud frente al uso nocivo de alcohol y otras drogas, gracias a la investigación realizada se puede establecer como punto de partido priorizado la intervención familiar fomentando adecuados estilos de crianza y vínculos entre padre-hijos más seguros.

Es importante además que se promueva nuevas investigaciones con respecto a los estilos de crianza y otros factores sociales individuales y familiares que permita anticipar los factores de riesgo y potencializar también los factores protectores, lo que significa un gran aprendizaje para el profesional de la salud y los nuevos modelos de prevención o promoción que necesita el país.

Es necesario además difundir los resultados obtenidos, e incluso polarizarlos con un mayor grupo de individuos de tal manera que se pueda establecer un perfil de vulnerabilidad que le permita al profesional de la salud manejar información y conocimientos de línea base para su desempeño laboral

Finalmente se recomienda que los centros de donde pertenece esta población concentren sus esfuerzos por restructurar o restaurar el ambiente familiar, estableciendo talleres vivenciales donde se promueva la formación de un vínculo muchos seguros motivando pautas de crianza que permiten de adquisición de habilidades que fortalezcan la autoestima, el autocuidado y el manejo resiliente del estrés.

Bibliografía

Aguilar Bustos, O. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, XVll*(2), 69-70.

Alonso, J., & Roman, J. (2005). Practicas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 76-82.

Amin, Z. (2000). Q methodology – A journey into the subjectivity of human mind. *Singapore Medical Journal*, 410-414.

Anicama G, J. (2001). Impacto de los factores de riesgo. *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*, 97-129. Obtenido de http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=173703&indexSearch=ID

Balluerka, N., Lacasa, F., Goros, A., Muela , A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema, XXlll*(3), 486-494.

Becoña Iglesias, E., Calafat, A., Fernández Hermida, J., & Fernández del Rio, E. (2014). Apego y consumo de sustancias en la adolescencia: Una revisión de aspectos conceptuales y metodológicos. *Revista Adicciones, XXVl*(1), 77-86. Obtenido de http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/137/134

Becoña, E. (2016). La adicción "no" es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo , XXXVll*(2), 118-125.

Buchheim, A., & Horst, K. (08 de 2008). La Entrevista de Apego Adulto y la Perspectiva Psicoanalítica Un estudio de Caso Único. *Clínica e Investigación Relacional, ll*(2), 417-432.

Buchheim, A., & Kächele, H. (Octubre de 2008). La Entrevista de Apego Adulto y la Perspectiva Psicoanalítica Un estudio de Caso Único. *Clínica e investigación*

relacional, *ll*(2), 417-432. Obtenido de http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx][ISSN 1988-2939]

Caicedo, S. (2014). La sexualidad y la reproducción humana en el proceso de secularización. Colombia: décadas de 1960 y 1970. *Revista Colombiana de Sociología*, *XXXVII*(1), 177-191.

Carranza, P. (2009). Investigacion sobre el Estilo de Apego en niños preescolares pertenecientes a familias multiproblematicas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, *Xlll*(1), 45-54. Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630252003

Carrillo, S., Maldonado, C., Saldarriaga, L., Vega, L., & Díaz, S. (2004). Patrones de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *XXXVl*(3), 409-430. Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536304

Crespo Linares, M., Girón Garcia, S., Martínez Delgado, J., & O´Ferrall Gonzalez, C. (Junio de 2014). *Apego adulto y comorbilidad psiquiatrica en pacientes.* Obtenido de reserchgate: https://www.researchgate.net/publication/280493761_Apego_adulto_y_comorbilidad_psiquiatrica_en_pacientes_alcoholicos

Cuervo Martínez , Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Revista Diversitas*, *Vl*(1), 111-121. Obtenido de http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/163

Dziopa, F., & Ahern, K. (2011). A systematic literature review of the applications of Q technique and its methodology. *Methodology*, 39-55.

García del Castillo, J., Garcia del Castillo, Á., Gázquez Pertusa, M., & Marzo Campos, J. (2013). La Inteligencia Emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y drogas*, *Xlll*(2), 89-97.

Garrido, L. (2013). Cuestionario de evaluación de apego adulto, CaMir. Universidads catolica de Maule.

Girón García, S. (Noviembre de 2005). *Implicaciones de la integración de la teoría del apego y de la desistemas en el tratamiento de las drogodependencias*. Obtenido de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/279925186

González, R. (2006). Usted puede prevenir, detectar y vence las adicciones.

Hoffman, M. (1982). Development of prosocial motivation. Empathy and guilt. En J. Einsenberg (ed). *The development of prosocial behavior*.

Krueger. (1991).

Lorenzini, N., & Fonagy, P. (2014). Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión. *Mentalizacion*.

Martinez, M., & Garcia, M. (2012). La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, XX*(1), 169-178. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n1/v10n1a10.pdf

Mestre, M., Samper, P., Tur, A., & Diez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 691-703.

Mota, C., & Paula, M. (2009). Apego, Conflito e Auto-Estima em Adolescentes de Famílias Intactas e Divorciadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica, XXll*(3), 344-352. Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18813652004

Newcomb, K., Griffith, J., Mineka, S., & Zinbarg, R. (2007). Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style, and Attachment. *Cognition Therapy Research, 31*, 419-436.

Nóblega, M., & Traverso, P. (2013). Confiabilidad y validez de constructo del autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto, CaMir. *Pensamiento Psicológico, Xl*(1), 7-25.

Otero Oyague , D. (2014). Representaciones de apego en adultos varones drogodependientes . *Pontificia Universidad Catolica de Perú*. Obtenido de http://m.tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5601

Pierrehumbert, B., Lausanne, S., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., & Miljkovitch, R. (1996). Relationship models: The development of an adult self-selfquestionnaire. *Psychiatrie de l'Enfant*, 161-206.

Pons-Salvador, G., Cerezo, M., & Bernabé, G. (2005). Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema*, 31-36.

Rayo, A. (2014). *Influencia del uso de las redes sociales en las relaciones familiares de jóvenes de 18 y 24 años que presentan adicción a las mismas.* Universidad Rafael Landívar, Licenciatura en Psicología Clínica. Guatemala: Facultad de Humanidades.

Rodrigo, M., Máiquez , M., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., & Matín, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*(16), 203-210.

Sierra, A., & Pérez, M. (2014). El papel de los esquemas cognitivos y estilos de parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana, XXXll*(3), 389-402. doi:dx.doi.org/10.12804/apl32.03.2014.04

Tur, A., Samper, P., Nácher, M., Cortés , M., & Mestre, M. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología, XXXVllll*(2), 211-225. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v39n2/v39n2a01.pdf

Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF, I*, 15-22.

Vargas Navarro, P., Parra Vera, M., Arévalo Zamora, C., Cifuentes Gaitán, L., Valero Carvajal, J., & Sierra de Jaramillo, M. (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía,Cundinamarca. *Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXXllll*(3), 166-176. Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80643082007