



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras
Y Ciencias de la Educación
Carrera de Psicología Clínica**

**TIPO DE APEGO EN PERSONAS DE 18 A 60 AÑOS
QUE PRESENTAN ADICCIONES A SUSTANCIAS
PSICOTRÓPICAS EN EL CANTÓN GIRÓN**

Autores:

Maura Estefanía Alvarado Méndez

Kevin Daniel Rosero Duchi

Directora:

Mg. Lucia Cordero Cobos

Cuenca – Ecuador

2021

DEDICATORIA ESTEFANIA

Dedico este trabajo a mis padres Narcisa y Mauro, a mis sobrinos y hermanos quienes han estado para mí en todo este trayecto, con mucha felicidad agradezco su incondicional apoyo, su compañía, su amor y comprensión en todo momento.

DEDICATORIA DANIEL

Con gran entusiasmo, ilusión, amor y satisfacción dedico este trabajo a mi abuela, mi madre, mi hija y mi hermana quienes han sido parte fundamental de mi vida para seguir adelante y así conseguir mis metas.

AGRADECIMIENTO ESTEFANIA

Agradezco a mis compañeros Kate, Ginela, Daniel que en estos cinco años se han convertido en mis grandes amigos, gracias por tantas historias que contar y por todo el apoyo que me han sabido brindar, agradezco también a Santiago y Julián, pues su amor y compañía han sido un pilar fundamental para mí, gracias a mi tutora quien con sus enseñanzas hizo esto posible, gracias a todas las personas que han formado parte de este proceso tan valioso.

AGRADECIMIENTO DANIEL

Agradezco principalmente a Dios por haberme llevado lejos en la vida, por formarme como un buen ser humano y permitirme llegar a ser un profesional, agradezco también a mi madre por estar presente en cada paso de mi vida y tener las palabras adecuadas para motivarme en este largo camino que debo recorrer.

RESUMEN

La presente investigación se orientó en el objetivo de determinar el tipo de apego que presentan las personas con adicción a sustancias psicotrópicas. Para ello se utilizó un diseño de enfoque cuantitativo, descriptivo no experimental y con una cohorte transversal. Se conformó una muestra de 39 personas pertenecientes al centro de rehabilitación CETAD “La Hacienda”, localizado en el cantón Girón, con un diagnóstico de dependencia a alguna sustancia psicotrópica, a quienes se les aplicó el test CaMir-R para identificar el tipo de apego. Los resultados mostraron que 95% de los evaluados presentó un apego inseguro con prevalencia del tipo desorganizado en un 51% de los casos, seguido preocupado con 36% y el evitativo con un 8%, finalmente el apego seguro con 5%. Los resultados de la prueba de Chi-Cuadrado mostraron asociación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancia, tipo de apego y condiciones sociodemográficas como la procedencia y nivel económico.

Palabras Clave: Adicciones, desorganizado, evitativo, inseguro, seguro, tipo de apego, sociodemográficos

ABSTRACT

The present research was oriented by the objective of determining the type of attachment that people with addiction to psychotropic substances present. For this, a nonexperimental descriptive quantitative approach design with a cross-sectional cohort was used. A sample of 39 people belonging to the CETAD “La Hacienda” rehabilitation center, located in the Girón canton, with a diagnosis of dependence on some psychotropic substance was made up, to whom the CaMir-R test was applied to identify the type of attachment. The results showed that 95% of those evaluated presented an insecure attachment with a prevalence of the disorganized type in 51% of the cases, followed by concerned with 36% and the avoidant with 8%, finally secure attachment with 5%. The results of the Chi-Square test showed a statistically significant association between substance use, type of attachment and sociodemographic conditions such as origin and economic level.

Keywords: Addictions, disorganized, avoidant, insecure, secure, type of attachment, sociodemographic

Translated by:



Maura Alvarado Méndez



Kevin Rosero Duchi



ÍNDICE

RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	V
CAPITULO I: TEORÍA DEL APEGO Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS	1
1.1 Teoría del apego	1
1.1.1 Historia del apego	4
1.1.2 Tipos de apego	8
1.1.2.1 Apego seguro	8
1.1.2.2 Apego inseguro evitativo	9
1.1.2.3 Apego inseguro ambivalente	10
1.1.2.4 Apego inseguro desorganizado	11
1.2 Sustancias psicoactivas	11
1.2.1 Etiología del consumo de sustancias	12
1.2.2 Clasificación de las sustancias psicotrópicas	14
1.2.2.1 El alcoholismo	16
1.2.2.2 La cocaína una droga estimulante del SNC	18
1.2.2.3 La Marihuana	20
1.2.2.4 Lsd (alucinógeno)	22
1.2.2.5 Peyote (alucinógeno)	22
1.2.2.6 Psilocibina (alucinógenos)	22
1.2.3 Dependencia de sustancias psicotrópicas	23
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	27
1.3 Descripción de la investigación	27
1.4 Población	27
1.5 Criterios de inclusión y de exclusión	27
1.5.1 Criterios de inclusión	27
1.5.2 Criterios de exclusión	28
1.6 Descripción de los objetivos	28
1.6.1 Objetivo general	28
1.6.2 Objetivos específicos	28
1.7 Instrumentos y técnicas para el levantamiento y procesamiento de la información	28
1.7.1 CaMir-R	29

RESULTADOS	32
1.8 Descripción de los datos sociodemográficos	32
1.8.1 Interpretación General de los datos sociodemográficos	38
1.9 Datos generales de las dimensiones del test CaMir-R	39
1.10 Conclusiones generales de los datos obtenidos en el test CaMir-R y la ficha sociodemográfica	41
1.11 Relación de los tipos de apego con el consumo de sustancias psicoactivas y datos sociodemográficos.	42
CAPITULO IV DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	62
1.11.1 Anexo 1. <i>Test CaMir-R</i>	62
1.11.2 Anexo 2. <i>Consentimiento informado</i>	64
1.11.3 Anexo 3. <i>Ficha sociodemográfica</i>	65

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Lugar de residencia	32
Tabla 2 Estado civil	33
Tabla 3 Ocupación	34
Tabla 4 Nivel de instrucción	34
Tabla 5 Nivel socioeconómico	35
Tabla 6 Sustancia de consumo	36
Tabla 7 Tiempo de consumo	37
Tabla 8 Tabla general de los datos sociodemográficos	38
Tabla 9 Resultados generales de las dimensiones del test CaMir-R	39
Tabla 10 Resultados generales de las dimensiones del test CaMir-R	40
Tabla 11 Asociación entre el consumo de sustancia y tipo de apego	42
Tabla 12 Prueba de Chi-cuadrado entre el consumo de sustancia y tipo de apego	43
Tabla 13 Asociación entre la procedencia y tipo de apego	43
Tabla 14 Resultados de Chi-cuadrado entre la procedencia y tipo de apego	44
Tabla 15 Asociación entre el nivel socioeconómico y tipo de apego	44
Tabla 16 Resultados de Chi - cuadrado entre el nivel socioeconómico y tipo de apego	45

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Resultados lugar de residencia	32
Figura 2 Resultados Estado Civil	33
Figura 3 Resultados Ocupación	34
Figura 4 Resultados Nivel de instrucción	35
Figura 5 Resultados Nivel Socioeconómico	36
Figura 6 Resultados Porcentajes de sustancia de consumo	37
Figura 7 Resultados Porcentajes de tiempo de consumo	38
Figura 8 Resultados Porcentajes de tiempo de consumo	39
Figura 9 Datos generales de las dimensiones del test CaMir-R	40
Figura 10 Porcentajes generales de las dimensiones del test CaMir-R	40

INTRODUCCIÓN

El apego juega un rol de gran importancia en el ser humano y en otras especies, ya que este es el encargado de proporcionar seguridad, consuelo y protección. Sin embargo, en ciertas ocasiones se pueden desarrollar apegos inseguros como se puede ver en trabajo del psicólogo y bioquímico húngaro Michael Balint, el acuñó el término “Bucle de la reivindicación” para definir la conducta persistente de buscar fuera las carencias propias (Willoughby, 2002).

En este sentido este psicólogo expone que, al tener una falta básica de afecto este buscará esta carencia en otra persona o al realizar otra actividad como es el caso del consumo de sustancias, para de esta manera cubrir las carencias que tiene volviéndose esto un bucle para cubrir dicha necesidad. Este tipo de apego puede dominar la mente de forma obsesiva y su forma más extrema que es la adicción. En este sentido, la adicción se convierte en un estímulo externo que permite a la persona alcanzar la felicidad. Por lo que, la presente investigación se centra en definir el tipo de apego que presentan las personas con adicción a alguna sustancia psicoactiva (Laplanche, 2004).

En el capítulo I se desarrolla la parte teórica de la investigación que incluye, la teoría del apego con sus antecedentes, sabiendo que es una de las construcciones teóricas más sólidas dentro del campo del desarrollo socioemocional. Así mismo, la historia del apego que se centra en la teoría de Bowlby siendo la más aceptada hasta la actualidad. Por último, los tipos de apego ya sea seguro o inseguro que puede presentar un individuo. En segundo aspecto el consumo de sustancias psicoactivas con sus antecedentes, etiología y la clasificación de las diferentes sustancias de consumo.

En el capítulo II se presenta el marco metodológico que consta con la descripción de la investigación, muestra, población, objetivo general y objetivos específicos. Así mismo se evidencia los resultados individuales del test CaMir-R a su vez se tiene la interpretación y los porcentajes del test antes mencionado, en cuanto a la descripción de los datos sociodemográficos y porcentajes se encuentran al final de este capítulo.

En el capítulo III se dispone los resultados obtenidos acerca de la relación entre los tipos de apego y el consumo de sustancias psicotrópicas, así como los datos sociodemográficos de la población evaluada de acuerdo al estadístico de Chi-Cuadrado, se presentan las tablas de contingencia y resultados específicos de la prueba para cada una de las variables mencionadas.

En la discusión se va a triangular los resultados obtenidos en el capítulo III y se triangularan con el marco teórico con el propósito de correlacionar los estudios y generar información de gran relevancia. A partir de ello se elaborará la conclusión con los datos más relevantes y apreciaciones sobre el estudio. Finalmente se desarrolló las recomendaciones las cuales pueden ser aplicables dentro del contexto del desarrollo del apego.

CAPITULO I: TEORÍA DEL APEGO Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

Los fundamentos teóricos que soportan la presente investigación comprenden los conceptos del apego, representando entre sus principales aportes los trabajos desarrollados por Bowlby siendo la más aceptada hasta la actualidad. De igual forma se describen los tipos de apego como el seguro o inseguro que puede desarrollar la persona desde sus primeros años de vida en función de los vínculos parentales. Luego se aborda el tema del consumo de sustancias psicoactivas, explicando antecedentes, etiología y la clasificación de las diferentes sustancias de consumo.

1.1 Teoría del apego

La teoría del apego sostiene que un fuerte vínculo emocional y físico con un cuidador principal en los primeros años de vida los cuales son fundamentales para el desarrollo. En donde, si el vínculo generado en la infancia es fuerte se puede generar un apego seguro, lo que produce en las personas un sentido de seguridad y autonomía en la vida. Contrariamente, si el vínculo es débil, puede producir un apego inseguro generando diversos temores como el salir o realizar actividades por cuenta propia (Mendiola, 2008).

De esta manera, las personas que tienen un apego seguro tienen mayor confianza pueden conectarse con otros y como resultado tienen más éxito en la vida. Mientras que, las personas con apego inseguro, tienden a desconfiar de los demás carecen de habilidades sociales y tienen problemas para formar relaciones. Por medio de la teoría del apego, se ha descrito un tipo de apego seguro y hay tres tipos de apegos inseguros (Lecannelier, 2018).

De esta forma, autores como Bolwby, proponen la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. El sistema de conductas de apego hace referencia a todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la cercanía y la conexión con las figuras de afecto como son las sonrisas, los lloros, los contactos táctiles, etc (Rojas T. , 2020).

Se trata de conductas que se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas, poniéndose en recorrido para reparar la proximidad. El sistema de exploración está en escasa afinidad con el anterior, visto que muestra un cierto contraste con el: cuando se activan las conductas de apego disminuye la exploración. El sistema de miedo a los extraños tiene relación con los anteriores, visto que su manifestación supone el empequeñecimiento de las conductas exploratorias y la ampliación de las conductas de apego. Para terminar, y en cierto antagonismo con el miedo a los extraños, el sistema afiliativo se refiere al interés que muestran los individuos, no únicamente de la especie humana, por proveer cercanía e interactuar con otros sujetos, asimismo con aquellos con quienes no se han establecido vínculos afectivos (Olivia, 2004)

A través de estos sistemas, se define al niño con apego como interesado en la proximidad y el contacto físico con su figura de apego cuando se siente amenazado, moribundo o fatigado (Moneta C, 2014).

Mary Ainsworth diseñó una circunstancia experimental, la situación del extraño (Ainsworth y Bell, 1970), para averiguar el equilibrio entre las conductas de apego y de investigación, bajo condiciones de mucho estrés. La situación del extraño se desarrolla en un

laboratorio, tiene veinte minutos de duración y contiene ocho episodios, en dicho laboratorio tanto madre como hijo son introducidos en una local de jugueteo en la que se incorpora a una desconocida, luego esta persona juega con el niño, la mamá sale de la habitación dejando al niño con la desconocida. La mamá regresa y vuelve a irse, pero esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo, finalmente regresan la mamá y la extraña y como esperaba, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en compañía de su madre, y que esta actuación disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la mamá. De esta forma quedaba claro que el niño utiliza a la mamá como una base segura para la exploración, y que la noción de cualquier peligro activaba las conductas de afecto y hacía abrirse las conductas exploratorias (Kneer & Guzmán, 2019)

Winston y Chicot (2016) mencionan que el apego tiene bastante relevancia debido a que se ha encontrado evidencia de que la relación padres hijo es en gran medida influyente en el proceso de los niños y afectan durante toda su vida, por lo tanto, entender más acerca del tema sería de mucha ayuda para las siguientes generaciones de padres, de profesionales y de la sociedad. Se ha encontrado asimismo que problemas en el apego de los niños durante sus primeros años, pueden causar problemas biológicos en ellos, incluso a grado cerebral, existiendo así un menor desarrollo de ciertas áreas del cerebro, en casos extremos de negligencia (Benitez, et al, 2019)

Koehn y Kerns (2018), indican que es realmente importante entender cómo las conductas de los cuidadores y el trato hacia los niños, afectan cómo se forma el apego y por lo tanto la seguridad, independencia y desarrollo de los niños (Benitez, et al, 2019)

1.1.1 Historia del apego

John Bowlby es la principal referencia al hablar sobre la teoría del apego, ya que sus ideas, que venían de diferentes influencias e intercambios de conocimientos con otras figuras de la época, varios escritos del psicoanalista evidencian su desarrollo y recobran así sentido en su trabajo de investigación futuro (Moneta C, 2014).

Después de haberse preparado como psicoanalista Bowlby, empieza con Melanie Klein incluyendo que, dentro de sus preocupaciones el tema del entorno social y la relación materno-infantil como elementos relevantes del desarrollo del niño futuro. John Bowlby estuvo intensamente ocupado trabajando en un reporte para la Organización Mundial de la Salud motivado por la experiencia de separación de muchos niños de sus padres durante la Segunda Guerra Mundial (Pérez & Follari, 2020).

Bowlby comienza a averiguar las consecuencias psicológicas en niños que experimentan separación materna a temprana edad, lo que constituye una fuerte clave en su obligatoriedad durante toda su carrera, también que se le otorga la oportunidad de focalizarse en este tema de exploración y empezar un diálogo que nutre sus ideas sobre las consecuencias de la hospitalización. Mientras es en el pensionado Tavistock, donde sus conocimientos en metodología y su esperanza por un estudio más riguroso, le permiten significar evidencia a sus postulados, deber que realiza con el psicoanalista James Robertson, estudia con él las consecuencias de la separación precoz de los niños y sus mamás. Entre ambos describen en sus trabajos anteriores al 60 los patrones de interpretación que observan sistemáticamente en los niños que sufren una separación inesperada de sus hogares y que se ven instalados en ambientes desconocidos como hospitales, instituciones, etc (Galindo, 2002)

Es así que Bowlby fue descubriendo en la etología un razonamiento e ideas que le ayudan a continuar la construcción de su exposición. Harlow en el año de 1932, psicólogo que se dedica al análisis del comportamiento animal, es influenciado por Bowlby para emprender una relación de experimentos con monos que muestran aspectos de la separación y efecto frente al estrés (Van der Horst, 2011 citado en Cárcamo).

En primer lugar, el papel desempeñado al respecto por su colaboradora Mary Ainsworth fue tan relevante que hoy por hoy se la reconoce como cocreadora de la teoría del apego. Su más significativa contribución fue el avance en la técnica de la situación extraña (SE) o SEP, acrónimo de Strange Situation Procedure] (Ainsworth & Wittig, 1965) un método experimental que ha sido utilizado, durante el último medio siglo, para establecer la validez del afecto parentofilial (Holmes & Slade, 2019)

Mary Ainsworth junto con Bowlby trabajaron entre los años 1945 y 1954 en el Instituto Tavistock en Relaciones humanas, sin embargo, ella nunca se desapegó de su pensamiento de la técnica de la situación extraña que le acercó y permitió avanzar hacia el estudio de las conductas de apego (Sánchez, 2021).

Dicha técnica de situación extraña consistía en colocar al niño en un ambiente desconocido para él, se da por fases, en la primera fase se coloca al niño con su madre, luego al niño con un desconocido y finalmente al niño completamente solo, luego la madre regresa, vuelve el desconocido también, etc (Sánchez, 2021).

El objetivo de Ainsworth al realizar dicha exploración era demostrar la teoría de Bowlby en cuanto a la respuesta de los niños pequeños al ser separados de su madre y, por

esta razón, determinó la hipótesis de que “los indicios naturales de peligro”, es decir un ambiente extraño en presencia de un desconocido y en ausencia de la madre, desatarían el llanto del bebé en sinónimo de protesta, y una recuperación rápida de su interés por los juguetes, llamada conducta exploratoria cuando regresaba su madre. Una vez juntos madre e hijo se suponía que la compañía de la madre le daría confianza al niño hasta el punto de volver a jugar, no obstante, los resultados realizados en Baltimore con veinte y tres niños la sorprendieron, ya que, trece de los veinte y tres se comportaron como se esperaba a los que se les caracterizó como seguros, pero seis de ellos no mostraron ningún interés o angustia al ser separados de su madre y ser colocados en un ambiente desconocido, además no vieron a su madre cuando esta volvía a la habitación. Se comportaban como niños de más años de edad que ya habían alcanzado la etapa de desapego (Arias-Toro, 2014).

Es así que Ainsworth interpretó dichas conductas de estos seis niños llamados evitativos como representación de la represión ante manifestaciones de ansiedad y enfado, mientras que la respuesta de los cuatro niños restantes era distinta a todas las demás, ya que, su angustia era mucho más intensa que les impedía estar en cualquier situación de exploración o de juego a pesar de la presencia de la madre, a estos niños se los llamó ambivalentes/resistentes, porque parecían angustiados con sus madres durante toda la prueba y no lograban con el regreso de la madre adquirir consuelo para su enfado o su angustia. La frecuencia de los diferentes tipos de conducta de apego que Ainsworth encuentra en este primer trabajo (50% seguros, 30% evitativos, 20% ambivalentes/resistentes) ha sido confirmada en trabajos realizados en todo el mundo (Galindo, 2002).

Para Ainsworth el apego no es un fenómeno meramente conductual, pues en uno de sus trabajos lo define así:

“El apego se manifiesta a través de patrones de conducta específicos, pero los patrones en sí mismos no constituyen el apego. El apego es interno... Este algo internalizado que llamamos apego tiene aspectos de sentimientos, de memorias, de deseos, de expectativas, y de intenciones, todos los cuales... sirven como una especie de filtro para la percepción e interpretación de la experiencia interpersonal, como un molde que configura la naturaleza de una respuesta externamente observable”

(Ainsworth, 1967, pág. 429 citado en Galindo, 2002)

Otro gran adelanto de la teoría del apego es aportado por muchos investigadores entre los cuales es de subrayar el esfuerzo de Mary Main quien se basó en las concordancias halladas entre las diferentes modalidades de apego del niño y las actitudes de sus padres hacia ellos, diseña una herramienta clínica que permite el análisis de los modelos operativos parentales en relación con el apego (Main, 2001).

Dicha herramienta es la Entrevista de Apego Adulto (AAI, Adult Attachment Interview), la cual trata de un cuestionario en el cual los padres van reflejando todos sus recuerdos, sentimientos que tienen hacia su historia familiar y hacia sus progenitores. La finalidad de este cuestionario es evaluar la coherencia y consistencia de los relatos de tal manera que un padre puede ser considerado como seguro a pesar de que su experiencia de la relación con sus padres sea traumática y los sentimientos que muestre hacia ellos sean negativos, a condición de que asuma su posición en forma consistente (Bakermans-Kranenburg & Van-IJzendoorn, 1993).

1.1.2 Tipos de apego

Mary Ainsworth, al realizar investigaciones en Uganda y Baltimore en niños de doce meses de edad, dio apertura a una investigación que tuvo como resultado la tipología de los diversos estilos o tipos de apego. A partir de las derivaciones obtenidas de la investigación, postuló en (1978) que existen tres tipos de apego: el apego seguro (B), el apego ansioso (inseguro) evitante (A) y el apego ansioso (inseguro) ambivalente (Arias M. J., 2014).

1.1.2.1 Apego seguro

Los bebés con apegos seguros acceden explorar cuando se sienten acompañados y buscan arrimo en su figura de apego cuando perciben amenazas. Ainsworth concluyó que el reencuentro era lo que relevaba la calma, pues los niños con este tipo de apego por más enorme que fuera la angustia, volvían a la calma inmediatamente después de que volvía su madre, además volvían a jugar.

Esta flexibilidad y resiliencia que poseían los niños con apego seguro se interpretaba como fruto de la interacción con una madre receptora a todas las señales del bebé, por lo general las madres de dichos niños cuando ellos lloraban, ellas acudían de inmediato a su consuelo

y los abrazaban con ternura y cariño, pero sólo durante el tiempo en que el niño lo deseaba. De tal forma que era en apariencia «suficientemente bueno» (en la expresión de Winnicott), la conducta de estas madres tendía a reflejar la sensibilidad antes que la falta de sintonía, la aceptación antes que el rechazo, la colaboración antes que el control y la disponibilidad emocional antes que la lejanía (Ainsworth et al., 1978 citado en Wallin, 2017).

Las personas con un apego seguro son capaces de utilizar a sus figuras de apego como una base segura cuando están angustiados, ya que saben que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y receptivos a sus necesidades. En este sentido, se ha podido ver que el 55 al 65% de las madres que mostraron este tipo de apego no desarrollan problemas psicológicos a nivel clínico (López & Ramirez, 2005).

1.1.2.2 Apego inseguro evitativo

Los bebés evitativos pueden parecer displicentes, visto que la situación extraña los expone a un entorno intrínsecamente preocupante. En análisis y su apatía ante el regreso de la madre, la carencia de angustia puede interpretarse erróneamente como calma, pero el ritmo cardíaco durante los episodios de separación es tan elevado, que los niños se encuentran angustiados, pero también, se puede observar que, la elevación de la hormona del estrés (cortisol) con antelación y posterioridad al procedimiento es significativamente mayor que el de los niños seguros (Sroufe y Waters, 1977) citado por (Wallin, 2017).

Ainsworth llegó a deducir que la supuesta indiferencia del bebé evitativo, así como la casi ausencia total de la conducta del apego, reflejaba un alojamiento defensivo similar al desapego observado por Bowlby en los niños de dos y tres años que habían sufrido una prolongada separación de sus papás. Era como si estas criaturas elusivas, así como los niños mayores traumatizados por la separación y pérdida, hubieran renunciado a ella.

De manera posiblemente previsible, Ainsworth descubrió que las madres de los bebés calificados como elusivos habían rechazado activamente los intentos de vinculación (Ainsworth et al., 1978).

Otros investigadores observaron tiempo después, que estas madres se retiraban o retraían cuando los niños se mostraban tristes (Grossmann y Grossmann, 1991), en donde mostraban características como la inexpressión emocional, la evitación del contacto físico y la dureza, esto eran signos claros de la maternidad que provocaba niños con un estilo de apego evitativo, niños que se mostraban sin interés de ser abrazados cuando los cogían, en lugar de acurrucarse o agarrarse (Main y Weston, 1982 citado en Wallin, 2017)

1.1.2.3 Apego inseguro ambivalente

En este tipo de apego el niño muestra mucha ansiedad por la separación de su madre, pero no se tranquiliza al reunirse con ella, pues según los observadores interpretan que el niño exagera el afecto para asegurarse la atención y así evitar la separación (Fonagy, 2004 citado en Dávila, 2015).

Ainsworth identificó en su investigación dos tipos de niños ambivalentes: en primer lugar, los que se enfadaban y en segundo lugar los que tenían una conducta pasiva. Los dos tipos estaban con mucha preocupación sobre donde estaba su madre como para explorar libremente el entorno y a consecuencia de la separación presentaban una angustia abrumadora. Después de reencuentro con las madres, los niños descritos como enfadados estaban entre la apertura activa al contacto con la madre y las expresiones de rechazo, los cuales se manifestaban en diferentes conductas, desde la elusión del abrazo de la madre hasta la rabieta extrema. Por otro lado, los niños clasificados como pasivos sólo parecían susceptibles de manifestar tenues conatos de consuelo, a veces implícitos, como si estuvieran tan superados por la impotencia y el sufrimiento que no fueran capaces de acercarse directamente a la madre. Sin embargo, el reencuentro no paraba la angustia de los niños

ambivalentes ni ponía fin a su ansiedad por la separación de la madre. Era como si, incluso en su presencia, buscaran a una madre inexistente (Delgado & Oliva, 2004).

Las madres de niños ambivalentes solo estaban disponibles de forma ocasional, a pesar de que no rechazaban a sus hijos ya sea de forma verbal o física, su receptividad ante las señales de los pequeños era asimismo insensible. Por último, las madres de los bebés ambivalentes, de forma sutil, obstaculizaban la autonomía del niño, lo que explicaba la falta de exploración que caracterizaba a estos bebés (Ainsworth et al., 1978 citado en Wallin, 2017)

1.1.2.4 Apego inseguro desorganizado

La desorganización del apego está caracterizada por el derrumbe de las estrategias de atención y comportamiento durante la situación extraña (SSP): el niño muestra conductas contradictorias o incoherentes, simultáneamente o en una rápida secuencia, cuando su sistema de apego, activado por la separación, guía sus respuestas hasta el retorno del cuidador principal (Gayá., et al, 2014)

1.2 Sustancias psicoactivas

Una sustancia es aquella que provoca cambios en el individuo, alterando el estado del ánimo, distorsionando la realidad, inhibiendo o excitando el sistema nervioso central y cuyo consumo reiterado puede provocar dependencia, deterioro cognitivo o efectos secundarios adversos (Córdoba & Betancourth, 2017).

1.2.1 Etiología del consumo de sustancias

La causa exacta del consumo de sustancias no es clara ya que diferentes factores influyen en el mismo. Entre estos se puede encontrar factores como: la presión de amigos o compañeros, las redes de convivencia y de apoyo, la genética del individuo, la acción de las drogas, el sufrimiento emocional, diferentes patologías como la depresión, la ansiedad, el estrés post traumático, el estrés ambiental. A todo esto, se puede agregar que las personas con un coeficiente intelectual por debajo de la normal podrían estar susceptibles a manipulación para el consumo de sustancias o que los niños que crecen en hogares con personas consumidoras también lo hagan en su vida adulta (Pereira & Castañeda, 2017).

De esta manera, la familia juega un rol de suma importancia en el desarrollo de la persona. Sin embargo, esta al tener problemas de disfuncionalidad puede influenciar de manera negativa, provocando diversas conductas desadaptativas como es el consumo de sustancia, pero también este factor se puede producir en diversos contextos en la que se desarrolle el sujeto como son la sociedad, la cultura, el trabajo, la escuela, etc. Hay que recalcar, que al tener una familia con principios y valores solidos puede reducir la posibilidad de incursionar en estos malos hábitos (Pons, 1998).

En la literatura sobre el tema se encuentra apoyo a diferentes propuestas etiológicas con base psicosocial (actitudes, modelado, identidad, etc.) como determinantes del consumo de drogas. Se considera también pertinente la implicación de otros factores de riesgo como los estilos y rasgos de personalidad en los adolescentes, a su vez intervienen como predictores aquéllos con desajustes psicoafectivos y sociocomportamentales y crisis en la construcción y reformulación de su identidad psicosocial. A más está bien establecida la tendencia a que

la búsqueda de sensaciones represente uno de los principales motivadores de consumo, tanto de alcohol como de otras drogas, de modo que la curiosidad por vivir la experimentación y la conducta impulsiva constituyen factores que determinan la iniciación al consumo (De-la-Villa, et al, 2010).

Varios reportes científicos indican que los adolescentes y jóvenes entre 13 y 25 años tienen una mayor vulnerabilidad y por lo tanto riesgo de consumir sustancias de abuso, lo que los lleva a padecer otros problemas biopsicosociales relacionados con el consumo. Son más vulnerables porque son influenciados por una compleja interacción entre diversos aspectos biopsicosociales como, por ejemplo, la inmadurez neurobiológica que implica impulsividad y tendencia a mostrar actitudes temerarias, así como constantes errores de juicio que pueden considerarse “normales” dentro del desarrollo en la adolescencia (Castro & Marín, 2018).

Un estudio realizado por Moreta (2018), realizado a 502 adolescentes de cuatro centros educativos de la ciudad de Ambato, encontró que existe mayor presencia del consumo de las sustancias en el género masculino que en el femenino, entre las principales sustancias de consumo tenemos al alcohol, al tabaco y al cannabis en los hombres, mientras que en mujeres se puede ver la presencia de consumo de fármacos.

Otro factor para que se inicie con el consumo de sustancias es la crisis de identidad en la adolescencia, así se ha relacionado la iniciación al consumo con el acto de socialización en el grupo de iguales, y sumado a un sentimiento infravalorado tales como escasas y/o inadecuadas habilidades sociales, desequilibrios en las habilidades de asertividad y

afrontamiento, entre otras, pueden favorecer la iniciación al consumo de drogas (De-la-Villa, Rodríguez, & Ovejero, 2010).

Los adolescentes al experimentar un proceso de transición hacia una independencia tanto social como económica se vuelven susceptibles al consumo de alcohol, tabaco u otras drogas (Silva, 2007). Vale la pena mencionar, que la etapa de adolescencia, trae consigo grandes cambios dentro del aspecto físico, psicoemocional y cognitivo, lo cual va a generar una reestructura del psiquismo lo que provoca una búsqueda de una nueva identidad, pero también se encuentra un alejamiento a los padres por parte de la dependencia familiar (Ramos & Axpe, 2018).

Es por esta razón que tanto padres como madres deben estar conscientes de la importancia de la reorganización de roles en la familia, en donde es indispensable que exista mejor comunicación y tolerancia hacia sus hijos/as adolescentes, porque al no recibir ya sea apoyo o cariño ellos tratarán de buscar nuevas experiencias que los llevan a realizar hábitos muy perjudiciales para la salud como es el consumo de alcohol (Arias, 2013).

Además, si en el entorno familiar los primos, tíos y hermanos son bebedores, promueven la ingesta de alcohol a los y las adolescentes e inclusive, si con los mismos padres y madres lo consumen, esto genera un medio de incertidumbre y confusión frente al rol que debe cumplir la familia (Duffy, 2014).

1.2.2 Clasificación de las sustancias psicotrópicas

A pesar de que existen múltiples drogas, uno de los elementos que todos tienen en común, es que provocan una sobre estimulación artificial de las estructuras y circuitos

cerebrales involucrados en la experimentación e integración de sensaciones y vivencias placenteras. Esto puede ayudar a que se desarrollen problemas y consecuencias negativas en las personas que consumen, así como también en quienes están a su alrededor (Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas Organización de los Estados Americanos, 2016).

Como se mencionó anteriormente existe una diversidad de tipos de sustancias psicoactivas, pero una clasificación simple en la que pueden resumirse es la siguiente:

La primera categoría incluiría las estimulantes o psicoanalépticas, las cuales producen una activación general del sistema nervioso, incrementando así las funciones corporales. Entre estas se diferencian los estimulantes mayores que son las anfetaminas, cocaína y los menores que son la nicotina del tabaco y xantinas como cafeína y teobromina. Aquí podrían incluirse algunos esteroides anabolizantes androgénicos como la nandrolona y testosterona (Giraudó & Arias, 2021).

La segunda categoría corresponde a las depresoras o psicolépticas, las cuales inhiben el funcionamiento normal del sistema nervioso central, haciendo lentas las funciones corporales y la actividad nerviosa. Tienen efectos analgésicos, relajantes y sedativos, ya que, inducen el sueño y la somnolencia (narcóticos), disminuyen también la sensación de miedo y la ansiedad (ansiolíticos) y en el peor de los casos pueden conducir al coma. Algunas de estas drogas tienen un fuerte efecto de pérdida de memoria o amnesia anterógrada después de su consumo, o las conocidas “lagunas”, por lo que no se recuerda lo ocurrido a largo plazo. Esta categoría incluye drogas como el alcohol, los derivados de los opiáceos (heroína, morfina, metadona), el gamma-hidroxibutirato o éxtasis líquido (GBH), algunos

psicofármacos (barbitúricos, benzodiacepinas), inhalantes en forma de disolvente (gasolina, queroseno, tolueno, benceno, cloroformo, acetona) o gases (óxido nitroso, nitrato de amilo o popper) (Giraudo & Arias, 2021).

La última categoría incluye las llamadas drogas psicodélicas, alucinógenas o psicodislépticas, también conocidas como perturbadoras, se las denomina así porque alteran el sistema nervioso. Dentro de los efectos que produce esta categoría de drogas son cambios en la percepción o distorsión del tiempo y del espacio, es decir, alucinaciones. Entre estas drogas, muchas son de origen natural ya sea animal o vegetal (bufotenina, mescalina, psilocibina) y otras de síntesis (derivados del LSD o dietilamida del ácido lisérgico, éxtasis) (López, 2018).

1.2.2.1 El alcoholismo

El alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva producida por la ingestión excesiva de alcohol bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias capaz de producir sufrimiento a quienes la padecen y a sus seres queridos (Betancourt & Tácan, 2017).

El alcoholismo es uno de los principales problemas de salud a escala mundial. Debido a la gran influencia del alcohol en la sociedad, ha tenido gran peso como factor problemático en el funcionamiento de la familia, el individuo y por ende la sociedad (Páez-Rodríguez, 2021).

A alrededor de una de cada tres personas mayores de quince años es bebedora de alcohol, dicho hábito causa 2,8 millones de muertes al año a nivel mundial. Según

investigaciones, la mayoría de alcohólicos, tienen entre 25 y 42 años. A inicios del siglo XXI, se ha observado una tendencia mayor. También se ha observado un aumento de su consumo por parte de jóvenes y mujeres. Afecta de diferente manera a hombres y mujeres, pues las últimas son más sensibles a la dependencia y a los daños orgánicos ante similares cantidades (García & Martínez, 2020).

El riesgo de mortalidad por alcoholismo también difiere según el grupo etario. Entre el 2007 y 2009 Argentina, Canadá, Costa Rica, Cuba, Paraguay y Estados Unidos tuvieron las tasas más altas de mortalidad en personas entre 50 - 69 años, mientras en Brasil, Ecuador y Venezuela aumentaron, comenzando entre los 40 y 49 años de edad, luego se mantuvieron estables y cayeron después de la edad de 70 años. En cambio, México mostró un patrón diferente, con el riesgo de muerte en aumento a lo largo de la vida y alcanzando su pico luego de los 70 años. En un estudio en Perú en el año 2018, de pacientes con intoxicación alcohólica en el servicio de urgencias, el 53,5 % estuvo entre 15 y 30 años (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

Las consecuencias negativas del abuso del alcohol van desde el ámbito personal con secuelas y deterioro de la salud, familiar, social, relaciones interpersonales, incremento de la marginalidad y la violencia; todo ello vinculado a su vez con delitos múltiples que son parte de la cotidianidad en muchos países del mundo (Páez-Rodríguez, 2021).

El consumo de alcohol a edades cada vez más tempranas provoca graves consecuencias en la salud, si se consume durante la adolescencia este puede llegar a producir cambios estructurales en el hipocampo, dañar el desarrollo cerebral, la secreción de hormonas

reproductivas, práctica de sexo no seguro, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (Pons Delgado SV, 2017).

1.2.2.2 La cocaína una droga estimulante del SNC

La cocaína es una droga alcaloides que se extrae de las hojas de la planta de coca, es estimulante suprime el apetito y en sus orígenes se utilizaban medicinas como anestesia, pero con el paso del tiempo fue descartada debido a ser sumamente adictiva. En este sentido, la cocaína causa una dependencia psicológica muy fuerte. La forma en que se administra la cocaína determina el tiempo que dura el efecto inmediato de euforia, mientras más rápida es la absorción más intensa es el estado de euforia que resulta, pero al mismo tiempo cuanto más rápido es la absorción menor es la duración del efecto de la droga (Téllez & Garza, 2017).

Los efectos de la cocaína pueden ser divididos en dos grupos: centrales y periféricos, los efectos centrales o efectos directos en el sistema nervioso son euforia, mareos, fortalecimiento de la actividad mental, prolongados estados de vigilia, disminución del apetito y aumento de la resistencia física. Mientras que, los efectos periféricos o que afectan a regiones específicas del cuerpo son taquicardia, problemas para respirar, aumento de la presión arterial, aumento la temperatura corporal, sudoración y dilatación de las pupilas (Betancur & Vicente, 2018).

El uso prolongado de la cocaína produce los siguientes efectos: insomnio, dolores de cabeza, náuseas, fatiga disminución de la memoria y la tensión, goteo nasal, frecuentes hemorragias nasales, posible necrosis del tabique nasal, movimientos obsesivos, irritabilidad,

comportamientos agresivos, temblores, aumento de la disposición compulsiva, posibles convulsiones, depresión, psicosis, paranoias, ideas delirantes, alteraciones en la respiración, accidentes cardiovasculares, arritmias y propensión al suicidio (Vallejo, 2019).

Ya que la cocaína es una droga extremadamente adictiva, es muy difícil que una persona que la pruebe pueda predecir o controlar hasta donde continuará deseando la o consumiendo la, si la persona se vuelve adicta el riesgo de recaídas es alto aún después de largos periodos de abstinencia, el riesgo de recaídas siempre va a estar presente (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2021).

De esta manera, los consumidores de esta droga se sienten con más energía, nivel de alerta y conciencia sobre sus sentidos. Además, la cocaína hace que el cerebro genere grandes cantidades de dopamina, una estancia asociada con el sentimiento de placer y euforia, esta dopamina viaja entre las neuronas, las células del cerebro se liberan en el extremo final de una neurona y es captada por unos receptores de dopamina, en el extremo inicial de la siguiente neurona (Arenas & Caballero, 2017).

Al liberarse más dopamina de la cantidad de receptores que hay para recibirla normalmente hay demasiada y entonces la dopamina es reabsorbida de nuevo en la primera neurona por un transportador de dopamina. Sin embargo, la cocaína bloquea este proceso se acopla al transportador y bloquea la reabsorción, permitiendo a la dopamina acumularse y continuamente estimular los receptores, como resultado se tiene un exceso de dopamina, lo que provoca un estado de felicidad, pero poco después los niveles de dopamina en el cerebro bajan demasiado al no poder reabsorberla generando un estado de ánimo extremadamente malo y una intensa depresión (Arenas & Caballero, 2017).

1.2.2.3 La Marihuana

la marihuana es una de las drogas recreativas más utilizadas en el mundo y se obtiene secando las flores resinosas de las plantas hembras del cannabis, hay muchas variedades de cannabis que son utilizadas desde hace milenios en todo el mundo con diferentes propósitos recreativos, medicinales, ceremoniales y religiosos como para los rastafarianos o meditativos como para los indios adus y los monjes budistas del Nepal (Leal-Galicia & Betancourt, 2018)

La forma más común de consumir marihuana es fumarla, que también es el mecanismo más rápido adquirir principio activo el THC, en circulación en la sangre y al cerebro, como alternativa se puede consumir la marihuana comiendo la obteniendo un efecto más físico que se prolonga mucho más tiempo, la planta de cannabis contiene cientos de sustancias químicas pero la más importante y conocida entre ellas es la delta 9 tetrahidrocannabinol o simplemente THC, la sustancia activa responsable de los efectos de la marihuana en nuestro cuerpo (Covarrubias, 2019).

Cuando se fuma marihuana el THC contenido en las flores y en la resina se vaporiza e inhala entrando en nuestros pulmones que están forrados con millones de pequeñas esponjas solventes llamadas alvéolos, los alvéolos se usan normalmente para absorber oxígeno cuando inhalamos y liberar dióxido de carbono cuando exhalamos, pero cuando fumamos junto con el oxígeno absorben también el THC haciéndolo entrar directamente en nuestro flujo sanguíneo. De esta manera, en unos segundos el THC, se abre paso a través de los vasos sanguíneos hacia el cerebro, y se procesan entre sí por medio de las neuronas (Pozo & Mariño, 2019).

El THC de la marihuana cuya molécula al ser muy similar a los neurotransmisores endocannabinoides, logra unirse a sus receptores y activa unas neuronas específicas causando los efectos típicos de la marihuana en nuestra mente y cuerpo. Hay cuatro partes del cerebro en la que la densidad de receptores cannabinoides es máxima, los ganglios basales que controlan los movimientos involuntarios y la coordinación motora, el hipocampo que es el responsable de la memoria a corto plazo y eso explica por qué al tomar THC se tienen dificultades para recordar eventos recientes o para concentrarse, el cerebelo que controla el equilibrio y la coordinación motora y el hipotálamo que juega un papel fundamental en la regulación del apetito y por lo tanto en la cantidad de comida que se ingiere (Pozo & Mariño, 2019).

Los que consumen marihuana describen su efecto como un sentimiento de alegría y serenidad, las pupilas pueden dilatarse haciendo que los colores sean más vivos y con el tiempo se puede experimentar una fuerte sensación de euforia o en algunos casos una sensación generalizada de pánico, la marihuana también es un fuerte vasodilatador razón por la cual hay personas que la usan como medicina contra el glaucoma, que se benefician enormemente de la reducción de la presión intraocular. Finalmente, cuando el THC se une a los receptores cannabinoides en el hipotálamo nuestra capacidad para controlar el hambre se ve comprometida y necesitamos alimento por el conocido hambre química (León & Aguiar, 2018).

Como último dato recuerda que los efectos de tomar THC usando la marihuana o el hachís a través del humo de la vaporización o de la ingestión siempre son temporales y se desvanecen en el peor de los casos después de unas pocas horas. Sin embargo, estudios

reconocidos demuestran que el uso crónico de marihuana puede incentivar la ansiedad y la paranoia en aquellos sujetos predispuestos y en adolescentes puede conducir a una disminución del 8% en el coeficiente intelectual en la edad adulta (Pozo & Mariño, 2019).

1.2.2.4 *Lsd (alucinógeno)*

Se lo comercializa en tabletas, cápsulas y ocasionalmente en forma líquida, por lo que generalmente se toma por vía oral. También es común que se consuma en un papel absorbente que se divide en pedazos decorativos, cada uno de los cuales equivale a una dosis. Las experiencias al consumir esta sustancia, con frecuencia se las conoce como "viajes", son de larga duración y típicamente terminan después de unas 12 horas (NIDA, 2010)

1.2.2.5 *Peyote (alucinógeno)*

La parte superior del cactus peyote, también conocida como corona, está compuesta por botones en forma de discos que se cortan de la raíz y se ponen a secar. Dichos botones generalmente se mastican o se remojan en agua para producir un líquido intoxicante. La dosis alucinógena de la mezcalina es de alrededor de 0.3 a 0.5 gramos y su efecto dura unas 12 horas. Debido a que el extracto es tan amargo, algunas personas prefieren preparar una infusión haciendo hervir el cactus varias horas (NIDA, 2010)

1.2.2.6 *Psilocibina (alucinógenos)*

Los hongos que contienen psilocibina se pueden conseguir frescos o secos y típicamente se consumen por vía oral. La psilocibina (4-fosforiloxi-N, N-dimetiltriptamina) y su forma biológicamente activa, la psilocibina (4-hidroxi-N, N-dimetiltriptamina) no pierden su potencia cuando se cocinan o se congelan, por lo que se pueden preparar como té

o añadir a otros alimentos para ocultar su sabor amargo. Los efectos de la psilocibina emergen a los 20 minutos de su ingestión y duran aproximadamente 6 horas (NIDA, 2010)

La LSD, el peyote y la psilocibina producen sus efectos inicialmente interrumpiendo la interacción de las células nerviosas con la neurotransmisora serotonina, son drogas alucinógenas, es decir, ocasionan una distorsión profunda de la percepción de la realidad. Las personas que están bajo los efectos de los alucinógenos ven imágenes, oyen sonidos y sienten sensaciones que parecen ser reales pero que no lo son. Algunos alucinógenos también producen cambios emocionales rápidos y agudos. (NIDA, 2010)

1.2.3 Dependencia de sustancias psicotrópicas

En las últimas décadas ha habido cambios tecnológicos sociales y culturales muy importantes los cuales han ocasionado la modificación de los estilos de vida, las necesidades y las relaciones sociales. Si bien estos cambios tienen ciertos beneficios, también ha generado una serie de situaciones psicosociales como el incremento de la delincuencia, la desintegración familiar, la generación de mayor violencia y aumento en el uso de sustancias lícitas e ilícitas (Perea-Gil, 2017).

El abuso de los psicotrópicos, es uno de los problemas más complejos que enfrenta nuestra sociedad, estas son sustancias de origen natural o sintético que actúan sobre el sistema nervioso central, en donde pueden reducir o aumentar la actividad cerebral y en ocasiones hasta modificarla. Los psicotrópicos se recetan o se consumen para tratar diversos síntomas como los episodios depresivos, trastornos del sueño, trastornos bipolares y la psicosis (Piedra & Masa, 2020).

La decisión de recetar medicamentos de este tipo debe tener en cuenta los beneficios y los riesgos potenciales para cada paciente los profesionales de salud deben hablar con el paciente sus familiares o con las personas que se ocupan de ellos, para informarles sobre los posibles efectos secundarios que podrían ocurrir (Claus & Zerbetto, 2018).

Se debe de evitar recetar varios medicamentos pertenecientes a este grupo ya que se puede potenciar los efectos secundarios, además si en algún momento se decide suspender el tratamiento, debe ser gradualmente para evitar el síndrome de abstinencia, en el cual el paciente experimenta signos y síntomas por la interrupción del consumo de un psicotrópico. En algunas ocasiones las personas que acuden a consultar con un psiquiatra no son porque estén enfermos sino porque desean cambiar su humor, personalidad su manera de ser. Es decir, buscan un maquillaje en un estado de ánimo, el bien de consumo prometido es un comportamiento estándar una alegría artificial que no da margen a cambios de humor (Bravo & Bolaños, 2020).

Los efectos que ocasionan los psicotrópicos en las personas los pueden llevar a consumir más de lo que ha sido prescrito, por lo que pueden presentar efectos secundarios como somnolencia, mareos, cefaleas, depresión, temblor, vómito y diarrea. Además, en ocasiones pueden presentar tendencias suicidas, un dato importante es este tipo de medicamentos. Al ser medicamentos controlados sólo pueden ser adquiridos con receta médica (Bravo & Bolaños, 2020).

Los pacientes que ingieren estos fármacos no deben de consumir alcohol ya que puede producir efectos no deseados, estas sustancias pueden traer efectos benéficos para los pacientes, pero en otras ocasiones puede provocar efectos secundarios bastante graves, es

importante que el prescriptor evalúe la situación, así como dar al paciente el tratamiento adecuado incluyendo las indicaciones pertinentes (Piedra & Masa, 2020).

Conclusiones

Se puede decir que el desarrollo adecuado del apego en la primera infancia es un componente fundamental para el crecimiento y la adecuada maduración en el ser humano, el no contar con un adecuado vínculo afectivo, puede generar grandes malestares en la vida adulta. Esta condición se puede ver reflejada en distintos aspectos del individuo, que van desde la toma de decisiones hasta tener mayor vulnerabilidad a ser influenciado de forma negativa y la búsqueda de la felicidad por otro tipo de medios como es el consumo de sustancias, las cuales puede verse deteriorado por medio de las adicciones.

Por otra parte, el consumo de sustancias en la actualidad se ha desarrollado a nivel mundial, esto se debe a diversos factores como es la búsqueda de tener nuevas experiencias o como consecuencia de una vida que carece de distintos valores. Sin embargo, esta condición afecta cada día a una gran cantidad de personas a nivel mundial y es causante de muchas problemáticas, como es la violencia, la accidentabilidad y el desarrollo de múltiples enfermedades.

Es por lo cual, existen en la actualidad muchas drogas que no son permitidos su uso y son restringidos bajo una receta médica. En otros casos como es el caso de la cocaína, su consumo es completamente ilegal, esto se debe a la gran propiedad adictiva que este puede generar en el sujeto. Hay que recordar, que estas drogas, en muchas ocasiones causan daños irreversibles e incluso la muerte.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

1.3 Descripción de la investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo no experimental con una cohorte transversal, el cual fue dirigido a 39 pacientes ingresados en el centro de rehabilitación CETAD “La Hacienda”, perteneciente al cantón Girón, con un diagnóstico de dependencia a alguna sustancia psicotrópica. como instrumento para el levantamiento de información se hizo uso del test CaMir-R, el cual es un cuestionario que mide las funciones de apego

1.4 Población

El universo de esta investigación estuvo conformado por 46 pacientes ingresados en el centro de rehabilitación CETAD “La Hacienda”, perteneciente al cantón Girón, que se encontraron internas en el periodo febrero-septiembre 2021 en centro de rehabilitación La Hacienda. De esta manera, al hacer uso de los criterios de inclusión y de exclusión, se descartaron 7 participantes que no cumplían con las características o que no deseaban formar parte de este estudio, por lo que se aplicó la encuesta a 39 participantes.

1.5 Criterios de inclusión y de exclusión

1.5.1 Criterios de inclusión

- Personas entre 18 y 60 años de edad.
- Personas que deseen participar voluntariamente en la investigación.

1.5.2 Criterios de exclusión

- Personas fuera del rango de edad establecido.
- Personas que no deseen participar voluntariamente en la investigación.
- Personas que presenten deterioro cognitivo, condición médica o psiquiátrica que imposibilite la adecuada aplicación los reactivos.

1.6 Descripción de los objetivos

1.6.1 Objetivo general

- Determinar el tipo de apego que presentan las personas con adicción a sustancias psicotrópicas.

1.6.2 Objetivos específicos

- Describir las variables sociodemográficas.
- Establecer el tipo de apego
- Relacionar el tipo de apego que presentan las personas con trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicotrópicas con relación al consumo de sustancias y los datos sociodemográficos.

1.7 Instrumentos y técnicas para el levantamiento y procesamiento de la información

Una vez aprobado el protocolo, se prosiguió a solicitar las autorizaciones respectivas en el centro de rehabilitación CETAD “La Hacienda”, perteneciente al cantón Girón. A partir de ello se realizó un aproximamiento a los pacientes ingresados en donde se les explicó el objetivo del estudio y se invitó a las personas que deseen participar de manera voluntaria y

que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión a formar parte de esta investigación. En donde de 46 personas ingresadas, formaron parte de esta investigación 39 pacientes.

Al tener la población establecida, se prosiguió a la administración del cuestionario CaMir-R. Para la aplicación del mismo, se les solicitó a los participantes que respondieran a las preguntas con la respuesta que se acerque mayormente a su situación. P

1.7.1 CaMir-R

El CaMir-R es un instrumento para la evaluación del apego que cuenta con buenas propiedades psicométricas, para su aplicación en el ámbito clínico y de la investigación con adolescentes y adultos. Las dimensiones del CaMir-R pueden utilizarse tanto para describir las representaciones de apego de la persona como para estimar los estilos de apego a partir de dichas dimensiones. Consta de 32 ítems que el participante debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). Se necesitan aproximadamente 15-20 minutos para completarlo.

Para conocer los resultados del cuestionario, las puntuaciones del sujeto se han de trasladar a la tabla Excel creada para tal efecto, a partir de la cual se obtienen las puntuaciones T de las dimensiones de apego, las cuales son:

- Seguridad
- Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego
- Preocupación familiar
- Interferencia de los padres
- Valor de la autoridad de los padres
- Permisividad parental

- Autosuficiencia y rencor hacia los padres
- Traumatismo infantil

Las dimensiones de apego permiten conocer las características de las representaciones de apego, además estas dimensiones permiten estimar el estilo de apego de la persona. El CaMir-R es un buen instrumento para evaluar el apego en adolescentes y adultos por presentar una adecuada fiabilidad y validez.

Para determinar un tipo de apego seguro la puntuación de T debe ser igual o superior a 50 en la dimensión de seguridad del apego, cuyos sujetos se caracterizan por tener confianza en sí mismos y en los demás, a su vez comparten y expresan los sentimientos abiertamente.

Si el sujeto presenta una puntuación T inferior a 50 el tipo de apego es inseguro, para determinar el estilo de apego inseguro preocupado el evaluado debe tener una puntuación mayor en las dimensiones de preocupación (factores 2 y 3, Preocupación familiar e Interferencia de los padres, respectivamente) que en la dimensión de evitación (factor 6, Autosuficiencia y rencor contra los padres), dichas personas se caracterizan por estar continuamente preocupados por las relaciones familiares, tienen dificultades para separarse de sus seres queridos, temen ser abandonados, muestran dificultades en la autonomía personal y consideran que tienen dificultad para superar experiencias de pérdida. Las personas que muestran este estilo de apego describen a sus padres o cuidadores como controladores, sobreprotectores y demandantes, declaran sentir rabia y resentimiento hacia ellos, por lo que suelen tener relaciones ambivalentes con dichas figuras de apego. Dicha ambivalencia contribuye a mantenerlos atrapados en las relaciones familiares.

Si el sujeto en nuestros análisis aconsejamos tomar la dimensión Interferencia de los Padres como referencia del apego preocupado. Es decir, cuando la puntuación en la dimensión Interferencia de los padres sea mayor que la puntuación en la dimensión Autosuficiencia, se considera que presenta un estilo de apego preocupado.

Por el contrario, si el sujeto presenta una puntuación mayor en la dimensión de evitación (factor 4, Autosuficiencia y rencor contra los padres) que en las dimensiones de preocupación, se considera que muestra un estilo de apego inseguro evitativo, cuyas personas reflejan una postura defensiva en lo que se refiere a las relaciones interpersonales, ponen énfasis en la fuerza personal para resolver los problemas y se definen a sí mismos como autosuficientes, independientes y capaces de controlar sus emociones. Las relaciones, tanto del pasado como del presente, son descritas como restrictivas y, en la mayoría de los casos, los recuerdos infantiles han sido olvidados.

Si el sujeto obtiene una puntuación T alta en Traumatismo infantil, sugiere que el sujeto presenta indicadores de un apego desorganizado (Lacasa & Muela, 2014)

RESULTADOS

La presente investigación fue desarrollada a 39 participantes del centro de rehabilitación CETAD “La Hacienda”, perteneciente al cantón Girón, a los cuales se les aplicó el test CaMir-R y una ficha sociodemográfica, en donde se obtuvieron los siguientes resultados.

1.8 Descripción de los datos sociodemográficos

Se pudo observar que, en esta investigación participaron 18 personas de la zona rural que corresponde el 46% y 21 personas del área urbana que corresponde el 54% como se puede observar a continuación.

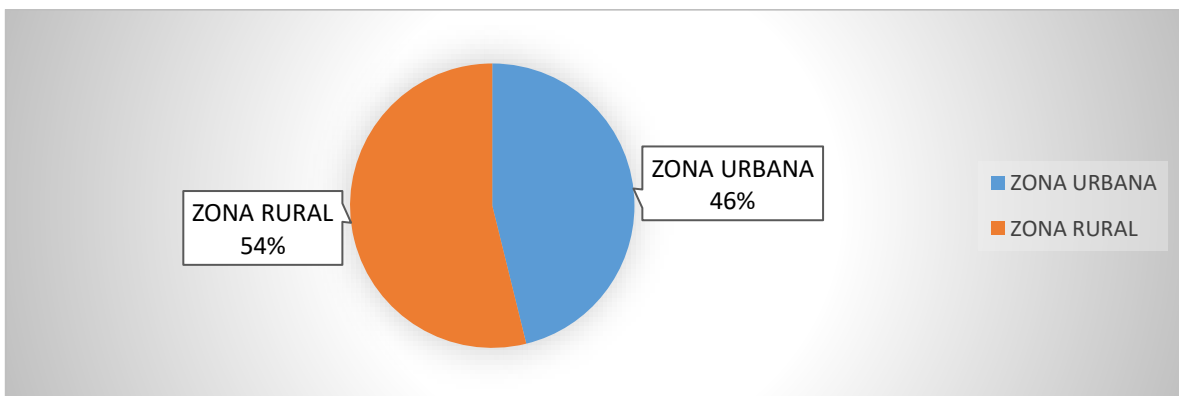
Tabla 1 Lugar de residencia

LUGAR DE RESIDENCIA	Evaluados	Porcentaje
ZONA URBANA	18	46%
ZONA RURAL	21	54%
TOTAL	39	100%

Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Figura 1 Resultados lugar de residencia



Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Se puede observar también, que esta investigación tiene a 27 participantes en estado civil “Soltero” que comprende el 69.23%, seguido de 7 participantes cuyo estado civil es casado y que representan el 17, 94%, finalmente tenemos al 7.69% de las personas que están unión libre y el 5.12% que son divorciados, como se puede apreciar

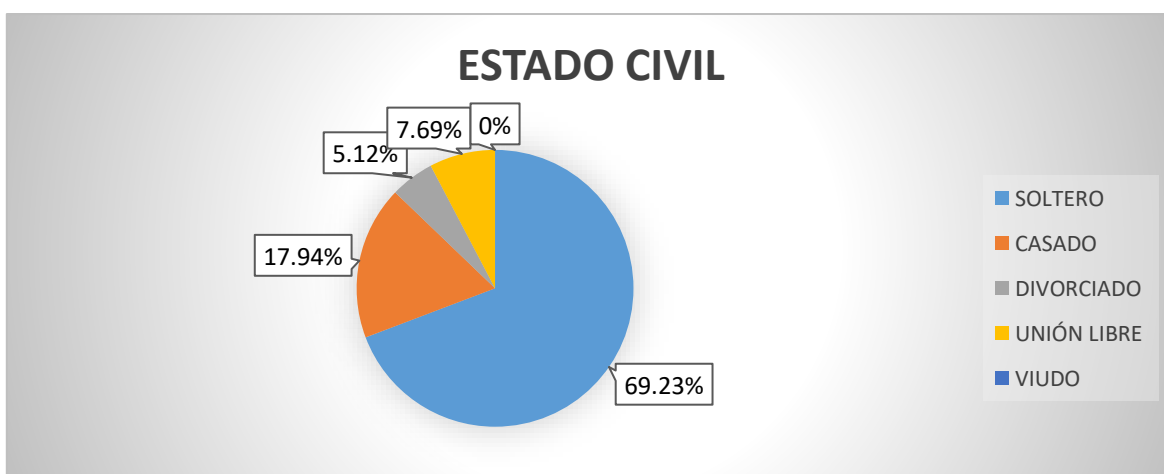
Tabla 2 Estado civil

ESTADO CIVIL	Evaluados	Porcentaje
SOLTERO	27	69.23%
CASADO	7	17.94%
DIVORCIADO	2	5.12%
UNIÓN LIBRE	3	7.69%
VIUDO	0	0%
TOTAL	39	100%

Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Figura 2 Resultados Estado Civil



Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

En función a la ocupación se puede apreciar que, el 65% de la población tiene un trabajo, mientras que el 12.82% son estudiantes, un 15.38 realizan las dos actividades y un 7.69% son desocupados.

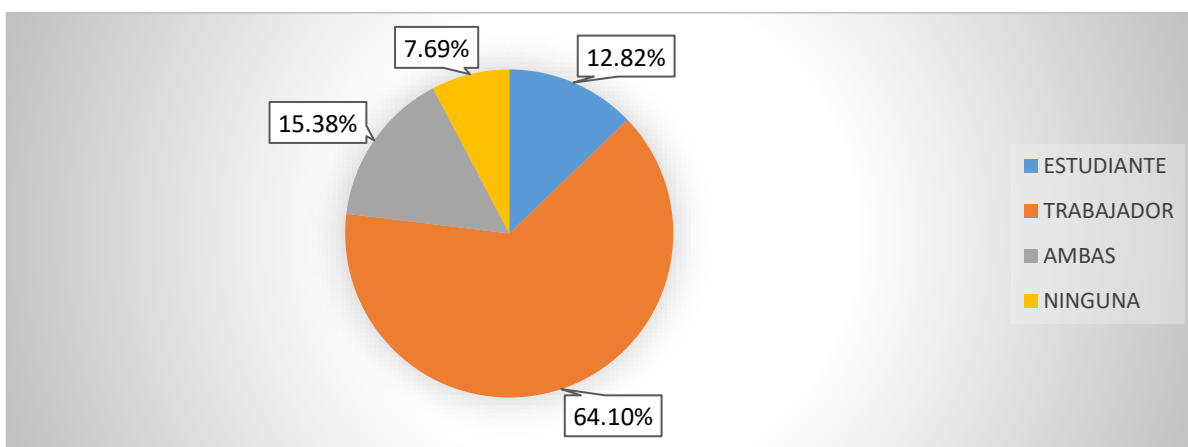
Tabla 3 Ocupación

OCUPACIÓN	Evaluados	Porcentaje
ESTUDIANTE	5	12.82%
TRABAJADOR	25	64.10%
AMBAS	6	15.38%
NINGUNA	3	7.69%
TOTAL	39	100%

Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Figura 3 Resultados Ocupación



Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Al ver, el grado de escolaridad de los participantes, se tiene que el 46.15% tienen terminado la secundaria, mientras que el 33.33% tienen una formación superior, el 17.94% tiene una formación únicamente escolar y el 2.56% no tiene formación escolar.

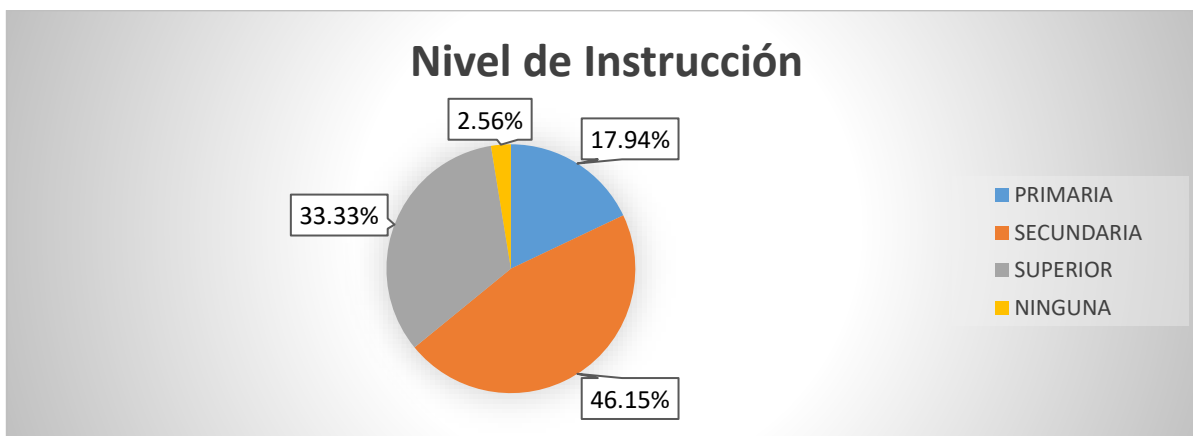
Tabla 4 Nivel de instrucción

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Evaluados	Porcentaje
PRIMARIA	7	17.94%
SECUNDARIA	18	46.15%
SUPERIOR	13	33.33%
NINGUNA	1	2.56%
TOTAL	39	100%

Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Figura 4 Resultados Nivel de instrucción



Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Dentro de los niveles socioeconómicos, se encuentra que el 66.66% de la población se considera que se encuentra en un estrato medio, seguido del 23.07% que se ubica en el estrato bajo y el 10.25% se establece en el estrato alto.

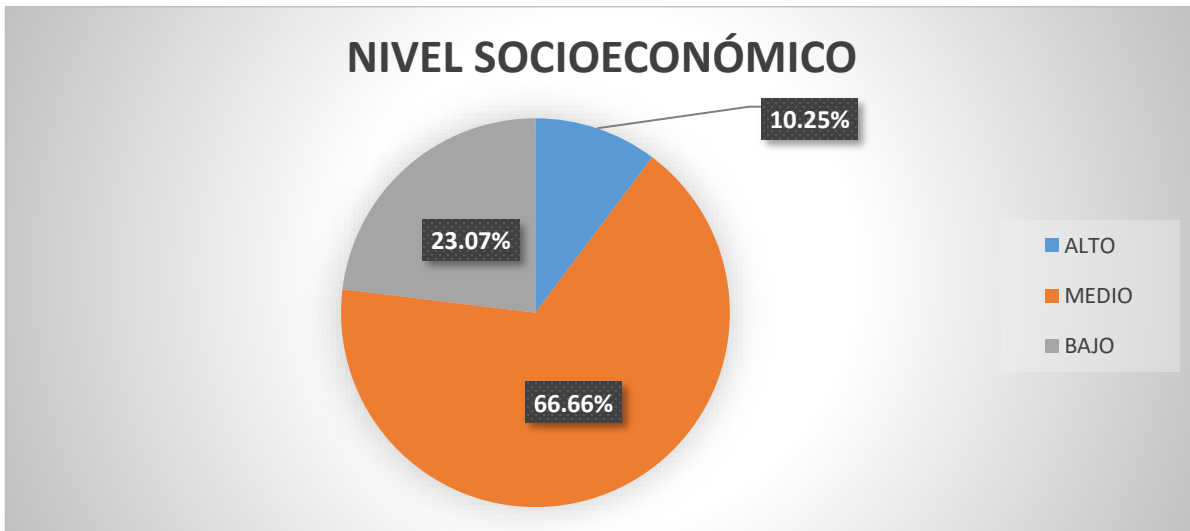
Tabla 5 Nivel socioeconómico

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Evaluados	Porcentaje
ALTO	4	10.25%
MEDIO	26	66.66%
BAJO	9	23.07%
TOTAL	39	100%

Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Figura 5 Resultados Nivel Socioeconómico



Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Entre el tipo de sustancias de consumo encontramos que el 56.41%, prefiere el alcohol, seguido del 23.07% que hace una combinación entre dos o más sustancias, el 12.82% hace uso de la marihuana y un 7.69% hace uso de la cocaína.

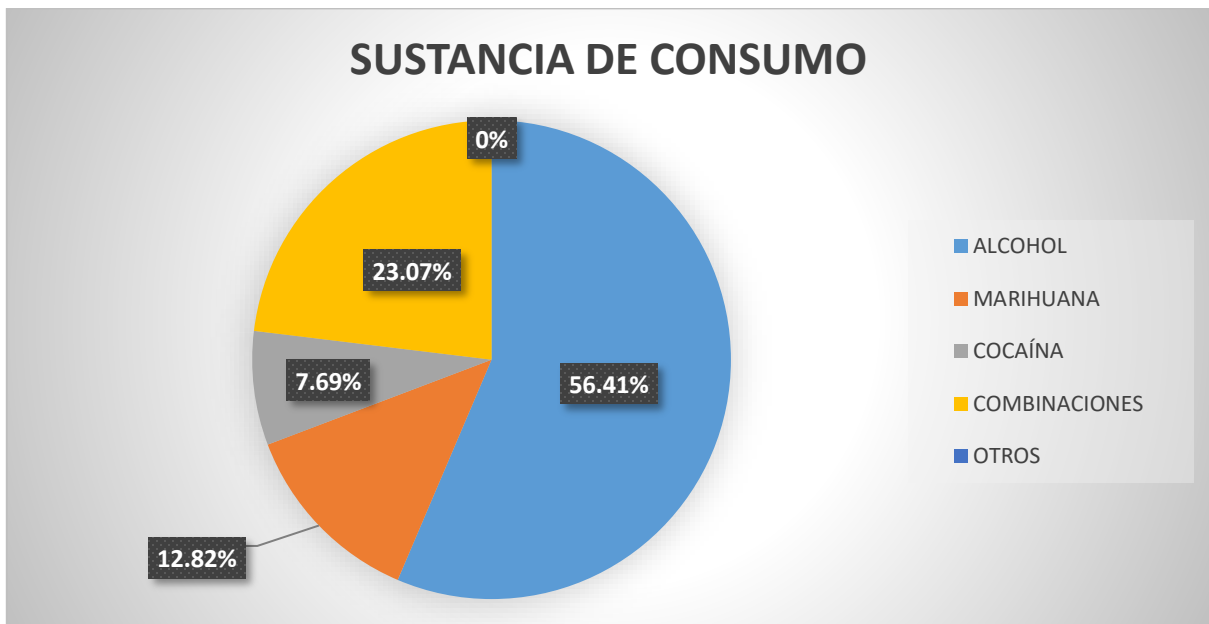
Tabla 6 Sustancia de consumo

SUSTANCIA DE CONSUMO	Evaluados	Porcentaje
ALCOHOL	22	56.41%
MARIHUANA	5	12.82%
COCAÍNA	3	7.69%
COMBINACIONES	9	23.07%
OTROS	0	0%
TOTAL	39	100%

Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Figura 6 Resultados Porcentajes de sustancia de consumo



Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Entre los tiempos de prevalencia de consumo, tenemos al 53.84% que tiene un tiempo de prevalencia mayor a 5 años, e 15.38% se encuentra entre 3 a 4 años, el 5.12% se ubica entre 2 a 3 años y el resto de la población tiene menos de un año.

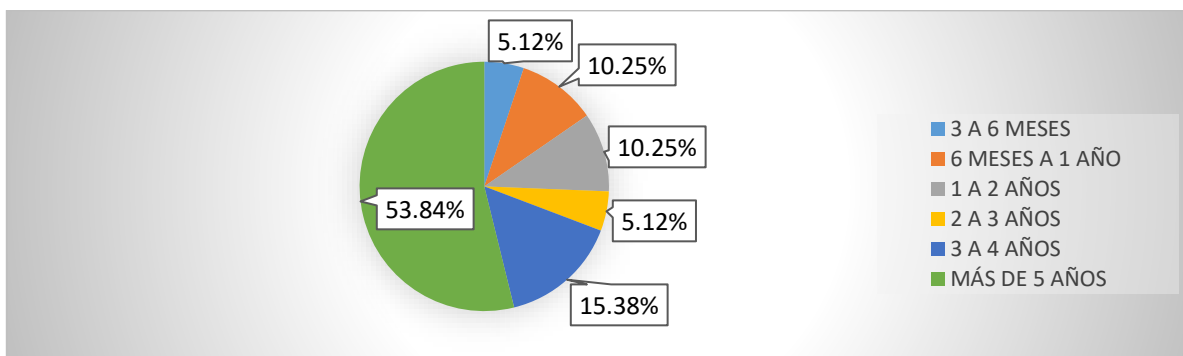
Tabla 7 Tiempo de consumo

TIEMPO DE CONSUMO	Evalutados	Porcentaje
3 a 6 MESES	2	5.12%
6 MESES A 1 AÑO	4	10.25%
1 a 2 AÑOS	4	10.25%
2 a 3 AÑOS	2	5.12%
3 a 4 AÑOS	6	15.38%
MÁS DE 5 AÑOS	21	53.84%
TOTAL	39	100%

Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Figura 7 Resultados Porcentajes de tiempo de consumo



Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

1.8.1 Interpretación General de los datos sociodemográficos

Del total de todos los participantes evaluados se constató que el lugar de residencia prevalente, de las personas que se encuentran en adicción a alguna sustancia psicotrópica, es la zona rural. Así mismo, se pudo ver que las personas solteras tuvieron mayor reincidencia que las personas casadas o divorciadas, mientras que en el área ocupación las personas que trabajan son la mayoría. El nivel de instrucción mayoritario es secundario con un nivel socioeconómico medio. Dentro de la sustancia de consumo predilecta de estas personas se encontró al alcohol y finalmente de las diferentes sustancias, se han ingerido de manera mayoritaria, por un tiempo de más de 5 años.

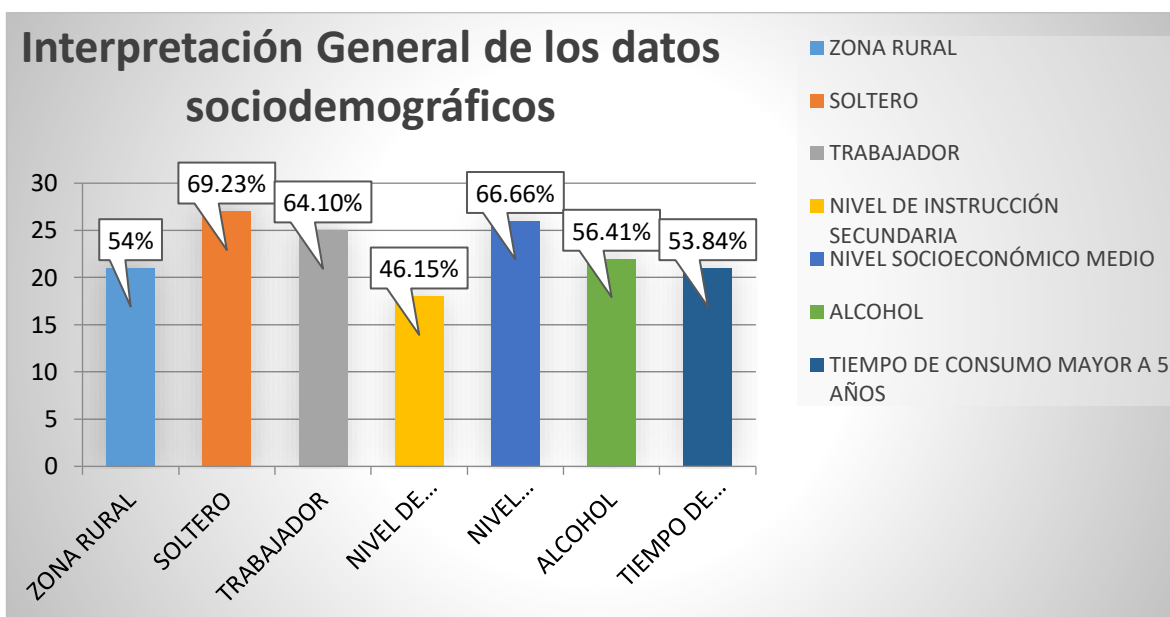
Tabla 8 Tabla general de los datos sociodemográficos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	RESULTADO	Porcentaje
ZONA RURAL	21	54%
SOLTERO	27	69.23%
TRABAJADOR	25	64.10%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN SECUNDARIA	18	46.15%
NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO	26	66.66%
ALCOHOL	22	56.41%
TIEMPO DE CONSUMO MAYOR A 5 AÑOS	21	53.84%

Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

Figura 8 Resultados Porcentajes de tiempo de consumo



Nota: Basado en cuestionario

Fuente: Autoría Propia

1.9 Datos generales de las dimensiones del test CaMir-R

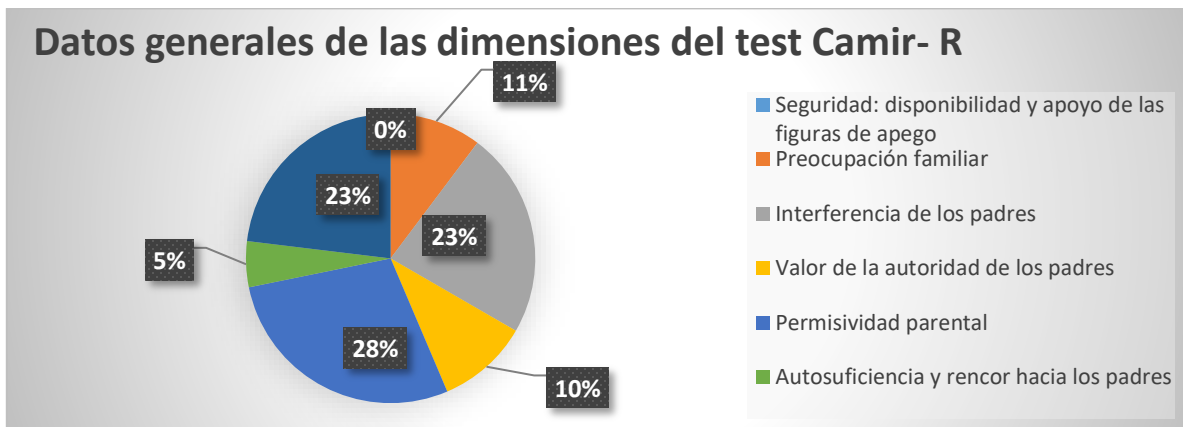
Tabla 9 Resultados generales de las dimensiones del test CaMir-R

Dimensiones	Evaluated	Porcentaje
Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	0	0%
Preocupación familiar	4	11%
Interferencia de los padres	9	23%
Valor de la autoridad de los padres	4	10%
Permisividad parental	11	28%
Autosuficiencia y rencor hacia los padres	2	5%
Traumatismo infantil	9	23%

Nota: Basado en el Test CaMir- R

Fuente: Autoría Propia

Figura 9 Datos generales de las dimensiones del test CaMir-R



Nota: Basado en el Test CaMir- R

Fuente: Autoría Propia

2.5.2 Porcentajes generales de la interpretación del tipo de apego del test CaMir-

R

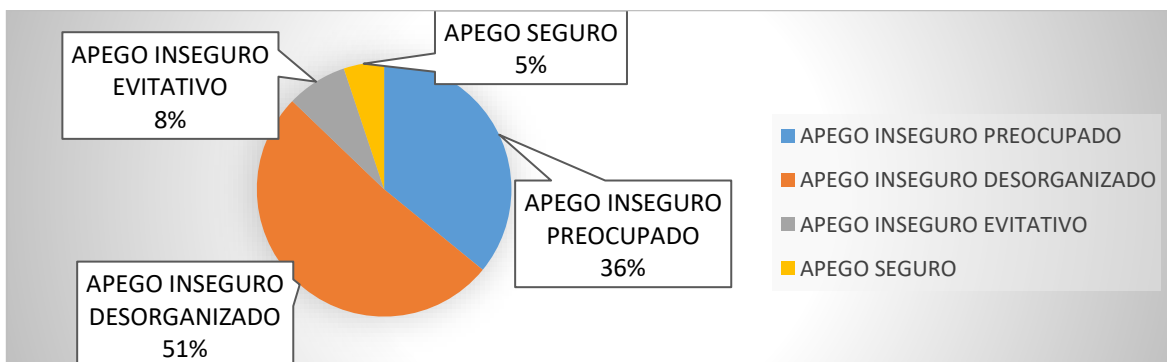
Tabla 10 Resultados generales de las dimensiones del test CaMir-R

TIPO DE APEGO	TOTAL	Porcentaje
APEGO INSEGURO PREOCUPADO	14	36%
APEGO INSEGURO DESORGANIZADO	20	51%
APEGO INSEGURO EVITATIVO	3	8%
APEGO SEGURO	2	5%
TOTAL	39	100%

Nota: Basado en el Test CaMir- R

Fuente: Autoría Propia

Figura 10 Porcentajes generales de las dimensiones del test CaMir-R



Nota: Basado en el Test CaMir- R

Fuente: Autoría Propia

En base a los resultados que se han obtenido del test CaMir-R podemos concluir que los evaluados presentan en su mayoría un estilo de apego inseguro desorganizado con un 51 %, correspondiendo este a las dimensiones de traumatismo infantil con 23% indicando recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas de las figuras de apego y permisividad parental con 28% denotando falta de interés y de guía parental , seguido de un apego inseguro preocupado con 36% correspondiente a las dimensiones preocupación familiar con 11% denotando una percepción de preocupación o intensa ansiedad de separación de los seres queridos e interferencia de los padres con 23% refiriéndose a la sobreprotección en la infancia, seguido de un apego inseguro evitativo correspondiente a las dimensiones de autosuficiencia y rencor hacia los padres con 5% señalando el rechazo de los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y finalmente se encontraron dos evaluados que presentan un estilo de apego seguro correspondiente a las dimensión seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego y al valor de autoridad de los padres indicando que se reconoce la autoridad y jerarquía de la familia. .

1.10 Conclusiones generales de los datos obtenidos en el test CaMir-R y la ficha sociodemográfica

De las treinta y nueve personas, con adicción a una sustancia psicoactiva, podemos concluir que el 95% de los evaluados presentan un apego inseguro, en el cual prevalece el apego inseguro desorganizado con un 51%. Así mismo el 54% de estas personas, en mayor porcentaje con un apego inseguro, residen en una zona rural, el 69.23% están solteros; dentro de la ocupación existe un 64.70% que trabajan, en cuanto al nivel de instrucción el 46.15% a secundaria, el nivel socioeconómico predominante es el medio con 66.66%, la sustancia

más consumida es el alcohol con el 56.41%, el tiempo de consumo más frecuente de los evaluados es de 5 o más años teniendo un porcentaje de 53.84%.

1.11 Relación de los tipos de apego con el consumo de sustancias psicoactivas y datos sociodemográficos.

Tabla 11 Asociación entre el consumo de sustancia y tipo de apego

Tabla cruzada Consumo*Tipo de apego

		Tipo de apego				Total
		Inseguro Desorganizado	Inseguro Evitativo	Inseguro Preocupado	Seguro	
Consumo Alcohol	Recuento	8	0	14	0	22
	% dentro de Tipo de apego	40,0%	0,0%	100,0%	0,0%	56,4%
Cocaína	Recuento	3	0	0	0	3
	% dentro de Tipo de apego	15,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%
Combinaciones	Recuento	9	0	0	0	9
	% dentro de Tipo de apego	45,0%	0,0%	0,0%	0,0%	23,1%
Marihuana	Recuento	0	3	0	2	5
	% dentro de Tipo de apego	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	12,8%
Total	Recuento	20	3	14	2	39
	% dentro de Tipo de apego	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Basado en prueba de Chi-cuadrado

Fuente: Autoría Propia

En función entre el consumo de alcohol y los tipos de apego, se puede ver que existe una relación sobre el tipo de sustancia de consumo, es decir que existe una relación directa entre la sustancia de consumo y como se ha desarrollado el apego en los participantes y esto se demuestra mediante el p valor que es ,000.

Tabla 12 Prueba de Chi-cuadrado entre el consumo de sustancia y tipo de apego

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,891 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	47,099	9	,000
N de casos válidos	39		

a. 14 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

Nota: Basado en prueba de Chi-cuadrado

Fuente: Autoría Propia

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado mostraron un valor de $p = a ,000$, ubicándose por debajo del 0,5, lo que indica que se debe aceptar la existencia de una asociación estadísticamente significativa y por lo tanto asumir que el consumo de sustancia se relaciona con el tipo de apego.

Tabla 13 Asociación entre la procedencia y tipo de apego

Tabla cruzada

		Tipo de apego				
		Inseguro Desorganizado	Inseguro Evitativo	Inseguro Preocupado	Seguro	Total
Datos socioedemográficos	Rural	Recuento 7	0	14	0	21
		% dentro de Tipo de apego	35,0%	0,0%	100,0%	0,0%
	Urbano	Recuento 13	3	0	2	18
		% dentro de Tipo de apego	65,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento 20	3	14	2	39
		% dentro de Tipo de apego	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Basado en prueba de Chi-cuadrado

Fuente: Autoría Propia

A partir de la tabla cruzada entre el tipo de apego y la zona en la que viven los participantes se puede ver que 21 participantes pertenecen a la zona rural, de los cuales 14 tienen un apego inseguro preocupado y 7 un apego desorganizado. Por otra parte de los 16

participantes que tienen apego de la zona rural 15 tienen apego inseguro desorganizado, 3 tienen un apego inseguro evitativo y 2 tienen un apego seguro

Tabla 14 Resultados de Chi-cuadrado entre la procedencia y tipo de apego

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,692 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	27,937	3	,000
N de casos válidos	39		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,92.

Nota: Basado en prueba de Chi-cuadrado

Fuente: Autoría Propia

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado, se ha podido encontrar un valor de 20,692^a con una significancia asintónica de ,000 lo que indica, la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre las variables y concluir que de las variables sociodemográficas la procedencia se relaciona con el tipo de apego.

Tabla 15 Asociación entre el nivel socioeconómico y tipo de apego

Tabla cruzada

Nivel Socioeconómico	Alto	Recuento	Tipo de apego			
			Inseguro Desorganizado	Inseguro Evitativo	Inseguro Preocupado	Seguro Total
		0	0	4	0	4
		% dentro de Tipo de apego	0,0%	0,0%	28,6%	0,0% 10,3%
	Bajo	Recuento	4	3	0	2 9
		% dentro de Tipo de apego	20,0%	100,0%	0,0%	100,0% 23,1%
	Medio	Recuento	16	0	10	0 26
		% dentro de Tipo de apego	80,0%	0,0%	71,4%	0,0% 66,7%
Total		Recuento	20	3	14	2 39
		% dentro de Tipo de apego	100,0%	100,0%	100,0%	100,0% 100,0%

Nota: Basado en prueba de Chi-cuadrado

Fuente: Autoría Propia

Los resultados de la asociación entre el nivel socioeconómico y los tipos de apego muestran que existe relación entre estas ya que el valor de la p se corresponde con ,000, ubicándose por debajo del 0,5%.

Tabla 16 Resultados de Chi - cuadrado entre el nivel socioeconómico y tipo de apego

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,190 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	28,929	6	,000
N de casos válidos	39		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,21.

Nota: Basado en prueba de Chi-cuadrado

Fuente: Autoría Propia

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado para las variables de nivel socioeconómico y el tipo de apego mostraron un valor de $p = ,000$, ya que el mismo es menor a 0,5, indica que se debe aceptar la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre las variables y concluir que, de las variables sociodemográficas, el nivel socioeconómico se relaciona con el tipo de apego.

Conclusiones

El mayor porcentaje de la muestra correspondiente al 95% de los evaluados presentó un apego inseguro, en el cual prevaleció el tipo desorganizado, preocupado y evitativo, es decir, las personas con problemas de adicción a las sustancias psicotrópicas de la presente investigación evidenciaron en su mayoría presentar un tipo de apego inseguro tanto desorganizado como preocupado y evitativo.

En cuanto a los datos sociodemográficos el 54% de estas personas evaluadas, residen en una zona rural, el 69.23% están solteros; el 64.70% trabajan, el 46.15% tiene instrucción secundaria, el nivel socioeconómico predominante es el medio con 66.66%, la sustancia más consumida es el alcohol con el 56.41%, y finalmente el tiempo de consumo más frecuente de los evaluados es de 5 o más años teniendo un porcentaje de 53.84%.

Existe asociación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias psicotrópicas y el tipo de apego inseguro en sus modalidades de desorganizado, preocupado y evitativo.

CAPITULO IV DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación mostraron la existencia de un 51% de personas con apego del tipo inseguro desorganizado, seguidos por quienes mostraron apego inseguro preocupado y en tercer lugar los inseguros evitativos, con una menor proporción de apego seguro. Al asociar el tipo de apego con el consumo de sustancias los resultados de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, mostraron una relación estadísticamente significativa entre el consumo y los tipos de apego inseguro. Estos resultados se vinculan con los hallazgos obtenidos por Schindler (2019) quien estudió el trastorno del apego y el uso de sustancias mediante una revisión sistemática se identificaron 34 estudios transversales, tres longitudinales y un metaanálisis sistemático. Todos los estudios transversales de la revisión confirman un vínculo entre el apego inseguro y el Trastorno de Uso de Substancia (TUS). Los resultados de los estudios longitudinales muestran que el apego inseguro es un factor de riesgo para el TUS, mientras que el abuso continuo de sustancias perjudica la capacidad de formar relaciones cercanas. Como resultado general se obtuvo la existencia entre el vínculo seguro y los trastornos por uso de sustancias. Los resultados apuntaron principalmente hacia patrones muy inseguros. Indican diferentes patrones de apego en diferentes grupos de toxicómanos, lo que sugiere diferentes vías de desarrollo. El apego temeroso-evitativo era frecuente en los adictos a la heroína, mientras que los alcohólicos mostraban patrones más heterogéneos.

De igual forma el trabajo realizado por Broning y Schindler (2015) realizaron una revisión acerca del apego y el uso de sustancias en adolescentes, mediante una revisión documental de 26 estudios pudieron alcanzar como principales resultados que La evidencia

empírica apoya firmemente la suposición de un apego inseguro en las muestras de Substance Use Disorders (SUD). Con respecto a los patrones específicos de apego, los resultados apuntan principalmente hacia el miedo y el rechazo-evasión, mientras que los estudios individuales informan patrones preocupados y no resueltos. Los resultados indican diferentes patrones de apego en diferentes grupos de toxicómanos, es decir, apego por miedo-evitación en los adictos a la heroína y resultados más heterogéneos en los que abusan de otras sustancias. Los datos exploratorios sugieren diferentes tipos de patrones de apego familiar inseguro, que podrían implicar diferentes funciones del abuso de sustancias y dar lugar a diferentes recomendaciones de tratamiento.

Broning y Schindler (2015) concluyeron como aspecto significativo de su estudio que todavía se necesita mayor investigación para abordar las incógnitas en la relación entre el apego y el consumo de sustancias, existe una fuerte evidencia de un vínculo general entre el consumo de sustancias y el apego inseguro. Los datos sobre las conexiones entre diferentes patrones de apego y diferentes vías hacia el TUS son menos concluyentes, pero apuntan principalmente a vías desorganizadas y externalizantes. La evidencia sugiere que fomentar la seguridad del apego podría mejorar el resultado de los enfoques de vanguardia tanto en el tratamiento de intervención temprana como en la prevención. Se describen las implicaciones para los enfoques individuales y familiares.

Finalmente, se encontró la investigación efectuada por García (2020) quien estudio las posibles relaciones entre el consumo de sustancias como el alcohol, marihuana y el tabaco con los diferentes tipos de apego clasificados como seguro e inseguro y dentro de este el preocupado y evitativo. Se conformó una muestra de 164 personas entre hombres, mujeres y

otros, en su mayoría féminas. Los resultados de la investigación no ubicaron datos estadísticamente significativos entre el consumo de sustancias y el tipo de apego y a su vez con la dinámica familiar. Sugiriendo la necesidad de continuar desarrollando investigaciones en el área.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir que:

Con respecto a las características sociodemográficas de la investigación se caracterizó por ser procedente de zona rural en su mayoría en comparación con la urbana, con una mayor proporción de solteros, seguidos de los casados y en menor porcentaje los de unión libre y divorciados, trabajadores, en diferentes áreas y estudiantes, muy pocos ejerciendo ambos roles. Con nivel de instrucción de secundaria, aprobado para el porcentaje más elevado y superior, mientras que los de nivel de primaria fue el grupo menos extenso. Su nivel socioeconómico mayoritariamente asociado a la calificación media, seguidos de los de bajo y alto, y en su mayor proporción con más de cinco años de consumo.

El tipo de apego predominante resultó ser el inseguro, asociado fundamentalmente al inseguro desorganizado, inseguro preocupado y evitativos, mientras que la proporción de apego seguro fue ínfima y estadísticamente no significativa.

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado mostraron asociaciones estadísticamente significativas para el consumo de sustancias y el tipo de apego inseguro, así como para el consumo y los datos sociodemográficos como la procedencia y el nivel socioeconómico.

RECOMENDACIONES

Presentar los resultados de la presente investigación al personal del CETAD “La Hacienda” para su uso clínico y terapéutico.

Presentar los resultados del presente estudio a los familiares de los pacientes que fueron evaluados para su empleo como parte de las actividades de psicoterapia familiar.

Desarrollar una propuesta de intervención a partir de los datos obtenidos.

Utilizar el tipo de apego en diferentes centros de rehabilitación como guía en la intervención psicológica o el tratamiento para esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- Rojas, C., Aya, Y., Rubio, D., Serrato, D., Torres, L., & Escobar, C. (2019). Aportes de la teoría de la selección natural. *Ibanasca*, 5.
- Arenas, M. A., & Caballero, C. (2017). Efecto de la cocaína sobre la inhibición por prepulso de la respuesta de sobresalto. *Rev Neurol*, 65(11), 507-19.
- Arias. (2013). Agresión Y Violencia En La Adolescencia. *La Importancia De La Familia.*, 23-34.
- Arias, M. J. (2014). El apego Parental ansioso y la agresividad en el sujeto. *Sapiens Research*, 15.
- Arias-Toro, M. J. (2014). El apego parental ansioso y la agresividad en el sujeto. *Boletín Científico Sapiens Research*, 4(1), 15-20.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van-IJzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental psychology*, 29(5), 870.
- Betancourt, S., & Tácan, L. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Rev Univ Salud*, 37-50.
- Betancur, C., & Vicente, B. (2018). Potencial beneficio de la N-acetilcisteína para el manejo de la adicción a pasta base de cocaína. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(3), 186-193.

- Bravo, M. A., & Bolaños, G. A. (2020). Nivel de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas en conductores de transporte público urbano. . *Informes Psicológicos*, , 20(2), 67-81.
- Broning, S. y. (2015). Una revisión sobre el apego y el abuso de sustancias en los adolescentes: evidencia empírica e implicaciones para la prevención y el tratamiento. *Abuso de sustancias*, 36(3), 304-313. doi:10.1080 / 08897077.2014.983586
- Castro, A., & Marín, G. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 264-277.
- Claus, M. I., & Zerbetto, S. R. (2018). Las fuerzas familiares en el contexto de la dependencia de sustancias psicoactivas. *Escola Anna Nery*, 22(4).
- Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas Organización de los Estados Americanos. (2016). *Currículum universal de tratamiento* . OEA|CICAD .
- Córdoba, E. G., & Betancourth, S. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. *Psicogente*, 20(38), 308-319.
- Covarrubias, N. (2019). Uso medicinal de la Marihuana. *Anestesia en México*, 31(2), 49-58.
- D., A. O. (2004). El estado actual del apego . *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*.
- Dávila, Y. (2015). La influencia de la familia en el desarrollo del apego . *La influencia de la familia en el desarrollo del apego* . Cuenca, Ecuador.

- De-la-Villa, M., Rodríguez, F., & Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud publica mex*, 406-415.
- Delgado, A. O., & Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2021). *Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas*. Obtenido de Institutos Nacionales de la Salud: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>
- Duffy, D. (2014). Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Salud y Sociedad*, 40-52.
- Espada Sánchez, J. P., Pereira, J. R., & Garcia-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 531-537.
- Gabantxo, K. (2001). Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *Donostia* , 139-158.
- Galindo, M. F. (2002). Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente . *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* , 7.
- GarbiI, S. L., TourisI, M. C., & Epele, M. (2012). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Temas Livres* , 1885-1874.

- García, A., & Martínez, K. (2020). Caracterización de pacientes con antecedentes de alcoholismo crónico en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3), e532.
- García, J. (2020). *Consumo de sustancias, estilos de apego y funcionamiento familiar*. Madrid: Comillas. Universidad Pontificia. Obtenido de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/55561/TFM001471.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gayá, C., Molero, R., & Gil, M. (2014). DESORGANIZACIÓN DEL APEGO Y EL TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO. *INFAD Revista de psicología*, 377.
- Giraudó, E., & Arias, N. R. (2021). Consumo de psicofármacos en pacientes ambulatorios en un Hospital de Mendoza, Argentina. *Revista de la OFIL*, 31(2), 149-153.
- Grupo El Comercio. (4 de Enero de 2020). Quito y Guayaquil enfrentan la adicción a las drogas. *El Comercio*.
- Holmes, J., & Slade, A. (2019). *El apego en la practica terapeutica*. Londres - California - Nueva Delhi - Singapur: Desclée De Brouwer, S.A., .
- Kneer, J. M., & Guzmán, C. M. (2019). El apego en la adolescencia: una revisión sistemática de la investigación latinoamericana durante los últimos 15 años. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(2), 172-182.

- Lacasa, F., & Muela, A. (2014). *Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R*.
- Laplanche, J. (2004). Sexualidad y apego en la metapsicología. *In Sexualidad infantil y apego*, 51.
- Leal-Galicia, P., & Betancourt, D. (2018). Breve historia sobre la marihuana en Occidente. *Revista de Neurología*, 67(4), 133-140.
- Lecannelier, F. (2018). La Teoría del Apego: Una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración. *Aperturas Psicoanalíticas*, 58.
- León, O. J., & Aguiar, L. G. (2018). Efectos cardiovasculares debido al consumo de cannabinoides. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(3), 230-235.
- López, C., & Ramirez, M. (2005). Apego. *Revista chilena de medicina familiar*, 6(1), 20-24.
- López, J. (2018). *QUE SABEMOS DE LOS ALUCINÓGENOS*.
- Main, M. (2001). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto: Atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Aperturas psicoanalíticas*, 8.
- Mendiola, R. (2008). Teoría del apego y psicoanálisis. *Clínica y salud*, 19(1), 131-134.
- Moneta C, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85, 265-269.

- Moreta-Herrera, R., Ilaja-Verdesoto, B., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L., & López-Castro, J. (2018). ACTITUDES Y DISPOSICIÓN PERSONAL ANTE EL CONSUMO Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES DEL ECUADOR. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2).
- NIDA. (2010). Los alucinógenos: LSD, peyote, psilocibina y pcp. 2.
- NIDA. (2010). Principios de tratamiento para la drogadicción: una guía basada en las investigaciones. *National Institute on Drug Abuse* .
- Nogal Tomé, M. (2012). *Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Olivia, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 65.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Obtenido de <https://docplayer.es/amp/15422496-Informe-de-situacion-regional-sobre-el-alcohol-y-la-salud-en-las-americas.html>
- Páez-Rodríguez, Y. L.-D.-P.-H.-C.-D. (2021). Consumo de alcohol en adolescentes de la escuela preuniversitaria Federico Engels de Pinar del Río. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(2), e8072.

- Perea-Gil, L. F. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. *Drugs and Addictive Behavior (histórico)*, 2(1), 99-121.
- Pereira, L. G., & Castañeda, N. P. (2017). Estrategia pedagógica para reducir y prevenir el consumo de drogas desde la educación física. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 111-126.
- Pérez, M., & Follari, R. (2020). John Bowlby y Paul-Michel Foucault. In *John Bowlby y Paul-Michel Foucault*, pp. 84-84.
- Piedra, T. R., & Masa, B. R. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. *J. ournal of business and entrepreneurial studies*, 4(1).
- Pons Delgado SV, D. L. (2017). Nivel de conocimientos sobre alcoholismo en adolescentes de riesgo a través de una intervención educativa. *Rev Med Granma*, 32-218.
- Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 251-266.
- Pozo, E., & Mariño, C. (2019). Efectos neuropsicológicos por el consumo de marihuana en adultos jóvenes. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(3).
- Pumachaico, E. Z. (2015).

- Ramos, E., & Axpe, I. (2018). Intervención cognitivo-conductual para la mejora del autoconcepto en el caso de una adolescente víctima de maltrato emocional. *Clínica Contemporánea*, 9(1), E4.
- Rojas, T. (2020). El apego como uno de los elementos fundamentales en el funcionamiento psíquico de víctimas reincidentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(1).
- Sánchez, R. M. (2021). Crítica de la teoría del apego de Bowlby y Ainsworth Según defiende la corriente más crítica, la enorme popularidad de la teoría del apego es muy superior a la evidencia científica que la sostiene. *Fuentes*, 23.
- Schindler, A. (2019). Trastornos del apego y por uso de sustancias: modelos teóricos, evidencia empírica e implicaciones para el tratamiento. *Frontiers in psychiatry*, 10(727), 1-13. doi:10.3389 / fpsyt.2019.00727
- Silva, I. (2007). La adolescencia y su interrelación con el entorno. *Injuve*, 6.
- Smedslund, G. B. (2011). Entrevista motivacional por abuso de sustancias. *Revisiones sistemáticas de Campbell*, 1-126.
- Souza y Machorro, M. (2018). *Alcohol y personalidad: patología dual*. . Ciudad de México: Alfil, S.A de C.V .
- Téllez, A., & Garza, E. A. (2017). Análisis exploratorio para la caracterización de la adicción a la cocaína a través del aprendizaje computacional. *Res. Comput. Sci*, 136, 99-107.

- Vallejo, F. (2019). Evaluación de la Función Ejecutiva en Usuarios con Dependencia de Pasta Base de Cocaína Mediante una Batería Neuropsicológica. *Psykhe (Santiago)*, 28(1), 1-17.
- Van der Horst, F. (2011).
- Vega, G., Ávila, J., Vega, A., Camacho, N., Becerril, A., & Amador, G. (2014). PARADIGMAS EN LA INVESTIGACIÓN. ENFOQUE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO. *European Scientific Journal*.
- Vega, J. (2014). Breve historia de la adicción. *ERRANCIA*, 40.
- Velásquez-Martínez, M. C., & Ortiz, J. G. (2014). Abuso de Drogas: Generalidades Neurobiológicas y Terapéuticas. *Actualidades en Psicología*, 21-25.
- Wallenhorst, T. (2010). *La dependencia del alcohol: Un camino de crecimiento*. Bilbao: Ellipses - Edition Marketing S.A.
- Wallin, D. (2017). *El apego en psicoterapia* . New York: ATTACHMENT IN PSYCHOTHERAPY.
- Willoughby, R. (2002). Miedo y temblor: el trabajo temprano de Esther Bick, en contexto. . *Rev Chil Psicoanal*, , 19(2), 150-154.

ANEXOS

1.11.1 Anexo 1. Test CaMir-R

Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R

Anexos 1. CAMIR-R*

Nombre:

Fecha de Nacimiento: Fecha de hoy:

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y rodea el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Los resultados de este cuestionario son confidenciales

Opciones de respuesta:

5.- Muy de acuerdo	2.- En desacuerdo
4.- De acuerdo	1.- Muy en desacuerdo
3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	

1	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	1	2	3	4	5
2	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	1	2	3	4	5
3	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	1	2	3	4	5
4	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido	1	2	3	4	5
5	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	1	2	3	4	5
6	Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	1	2	3	4	5
7	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	1	2	3	4	5
8	Detesto el sentimiento de depender de los demás	1	2	3	4	5
9	Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	1	2	3	4	5
10	Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	1	2	3	4	5
11	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	1	2	3	4	5
12	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	1	2	3	4	5
13	Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	1	2	3	4	5
14	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	1	2	3	4	5
15	Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer	1	2	3	4	5
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	1	2	3	4	5

92

Psicopatol. salud ment. 2014, 24, 83-93

17	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	1	2	3	4	5
18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia	1	2	3	4	5
20	Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia	1	2	3	4	5
21	Siento confianza en mis seres queridos	1	2	3	4	5
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería	1	2	3	4	5
23	Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
24	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	1	2	3	4	5
25	Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a)	1	2	3	4	5
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo	1	2	3	4	5
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos	1	2	3	4	5
28	Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa	1	2	3	4	5
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer	1	2	3	4	5
30	Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	1	2	3	4	5
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	1	2	3	4	5
32	A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos	1	2	3	4	5

*Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierréhumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.

1.11.2 Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Fecha _____

He sido informado/a con la claridad y veracidad debida para la aplicación del **TEST CaMir-R**, que los estudiantes **Maura Estefanía Alvarado Méndez (81832)** y **Kevin Daniel Rosero Duchi (81932)** me han invitado a participar, aquellos datos obtenidos serán utilizados en la tesis titulada **“Tipo de apego en personas de 18 a 60 años que presentan adicciones a sustancias psicoactivas en el cantón Girón ”**, cuyo objetivo es determinar el tipo de apego que tienen las personas adictas a sustancias. Yo _____, con documento de identidad _____ informo que actúo libre y voluntariamente como colaborador/a a este procedimiento de forma activa.

FIRMA

1.11.3 Anexo 3. Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Señale con una "X" las siguientes opciones

FECHA: ----- EDAD ----- SEXO -----

LUGAR DE RESIDENCIA: Urbana ----- Rural -----

ESTADO CIVIL: Soltero ----- Casado ----- Divorciado----- Unión Libre
-----Viudo -----

OCUPACIÓN: Estudiante ----- Trabajador ----- Ambas ----- Ninguno -----

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Primaria ----- Secundaria ----- Superior ----- Ninguna

SUSTANCIA DE CONSUMO: Alcohol ----- Marihuana ----- Cocaína ----- Otros

TIEMPO DE CONSUMO: 3 a 6 meses ----- 6 meses a 1 año ----- 1 a 2 años -----2 a 3
años ----- 3 a 4 años ----- más de 5 años -----

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Alto----- Medio----- Bajo-----

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN