



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Apego y riesgo de consumo problemático de sustancias en la adolescencia

Estudiante: Trapassi, Marzia Carolina

Legajo: 15078

Director/es: Dra. Losada, Analía Verónica

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

2024

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO
DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - con partir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha []

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Cipolletti, 9 de julio de 2024



Firma y aclaración del autor:



1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4
2. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	5
OBJETIVOS	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
FUNDAMENTACIÓN	9
2.4 PLANTEO DEL PROBLEMA	14
3. ESTADO DEL ARTE	15
4. MARCO TEÓRICO	21
4.1 DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA DE APEGO	21
4.2 CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS	28
4.3 RELACIÓN ENTRE APEGO Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS	40
4.4 PSICOTERAPIA DEL APEGO	43
4.5 ABORDAJE INTEGRAL	50
4.6 COMUNIDAD TERAPÉUTICA	54
METODOLOGÍA	64
5. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	66
6. DISCUSIÓN	68
6.1 APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN	69
6.2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	70
6.3 PROPUESTA DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN	71
REFERENCIAS	73

1. RESUMEN

“Apego y riesgo de consumo problemático de sustancias durante la adolescencia”

El siguiente Trabajo Final Integrador (TFI) tuvo como objetivo conocer la relación entre el apego en la primera infancia y la posibilidad de desarrollar conductas de consumo problemático de sustancias durante la adolescencia. Para ello se llevó adelante una descripción y análisis de los constructos implicados, en el marco de un diseño de investigación teórico de revisión. Se utilizaron fuentes de acceso a la información primaria, secundaria y terciaria. En cuanto al criterio de inclusión, se tomaron documentos de habla hispana, latinoamericanos y los pertenecientes a los últimos diez años de publicación. Entre los principales resultados se halló que el modo en que se resuelven las situaciones de apego, trae importantes impactos en los adolescentes no sólo en relación para con sus padres/cuidadores de la primera infancia sino también en la constitución subjetiva que predispone el desarrollo de consumo problemático de sustancias. Finalmente, se destacó el rol de la comunidad terapéutica por su abordaje tanto psicológico como social, dado que al apartar al individuo del entorno en el cual se daba el consumo, se facilita no sólo la desintoxicación de sustancias sino también el desarrollo de la auto-percepción de conductas desadaptativas, la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones, otorgando al usuario la posibilidad de desarrollar la autorregulación emocional necesaria para la adaptación al entorno, canalizar impulsos y tolerar las frustraciones entre otras gestiones necesarias para el manejo de las emociones.

Palabras claves: Apego - Regulación emocional - Dinámica Familiar - Autoconcepto - Consumo problemático de sustancias - Comunidad terapéutica.

2. INTRODUCCIÓN

El siguiente Trabajo Final Integrador (TFI) tiene como objetivo establecer la relación que tienen las situaciones de apego vividas dentro de la dinámica familiar del individuo durante la temprana infancia, con el posible desarrollo de conductas de consumo problemático de sustancias en la adolescencia. Para ello se definen y describen las variables implicadas, considerando, de manera crítica e integradora, la relación entre ellas. Finalmente, dada la importancia del rol del psicólogo en esta área, se analizaron las posibles intervenciones que tienen como objetivo promover el acompañamiento en el tratamiento del consumo problemático de sustancias. En éste trabajo se destaca la importancia de que dicho tratamiento sea llevado a cabo dentro de una comunidad terapéutica, donde el usuario se relaciona con personas en idéntico proceso de rehabilitación, como así también se plantea el desarrollo y fortalecimiento de un vínculo saludable con el entorno familiar o relaciones cercanas y se lo acompaña, ya logrado el estadio anterior, en la reinserción social una vez finalizado el tratamiento propiamente dicho.

2. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Considerando la dinámica familiar, Roche (2006) propone que la familia es un grupo de personas, que están unidas por parentesco y lazos emocionales; dichas personas están juntas por un tiempo extenso, en el cual se desarrollan una serie de historias que determinarán la relación vincular entre ellos.

La mente emerge a partir de las relaciones tempranas con los cuidadores primarios, producto de la complejidad, la interrelación y la importancia del universo interpersonal que se pone en marcha mediante la crianza (Milozzi, 2018).

Bleichmar (2007), al mencionar el módulo de apego o vínculo afectivo, refiere a las capacidades para la presencia, disponibilidad y compromiso en los cuidados, para el disfrute en la interacción, para proporcionar confianza, protección y contacto intersubjetivo, para reconocer sentimientos y estados mentales, para permitir relaciones del niño con figuras sustitutivas de apego, entre otras. En relación con las funciones parentales resulta de interés para este autor, la Teoría de la Mentalización. La mentalización -o función reflexiva- es una actividad mental predominantemente consciente que se refiere a la capacidad de representar los pensamientos y las emociones propias y de las otras personas. Tiene una incidencia importante en la regulación emocional, recurso psíquico que facilita el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias. Los adultos cuidadores con buena capacidad de mentalizar promueven el desarrollo de la capacidad de regulación infantil de sus estados emocionales (Grael y Lanza Castelli, 2014).

El apego es para Bowlby (1993), la tendencia a formar lazos emocionales con personas significativas y tiene dos finalidades básicas: la supervivencia y la formación de estructuras de significado que permitan interpretar la experiencia. Todo niño viene al

mundo con la tendencia a apegarse a un cuidador, pero es éste último el que determinará de qué manera se organiza esta conducta de acuerdo con sus posibilidades y a su propia historia de apego. La calidad del vínculo, las actitudes del cuidador y la consistencia en los cuidados constituyen un importante factor predictor de salud mental o psicopatología del niño en desarrollo (Milozzi, 2018).

Existe una fuerte relación entre los vínculos de apego seguro en la infancia y salud mental en etapas posteriores de la vida y entre las distintas formas de apego inseguro y los trastornos de ansiedad, consumo problemático de alcohol, tabaquismo, trastornos de la alimentación, trastorno límite de la personalidad y otros trastornos relacionados a la desregulación emocional. El apego cumple un rol crucial en la adaptación, siendo el espacio entre nuestras cualidades innatas -individuales y las que traemos filogenéticamente como especie- y la experiencia (Milozzi y Marmo, 2021).

El modelo de apego permite comprender de qué manera las experiencias tempranas de cuidado o de falta de éste, afectan el desarrollo y la conducta del individuo y de qué manera pueden preservar o poner en riesgo la vida de la persona. La conducta problemática o peligrosa de una persona como estrategia adaptativa, posee un propósito o significado. Las relaciones de apego sincronizadas o previsibles son cruciales para el desarrollo físico, social, psicológico y emocional (Baim, 2022).

Conocer la estrategia de apego permite además, entender cómo la persona se defiende del peligro, cómo se auto refiere su experiencia, cómo maneja la información cognitiva y afectiva y cómo se autorregula a sí misma. Permite además, encontrarle significado a los síntomas y resolver problemas que persistirán a largo plazo si sólo se enfocara el tratamiento en el síntoma en sí. Asumir que las personas han aprendido a protegerse del peligro y que en ese aprendizaje pudieron producirse atajos en la historia

temprana, para poder entender aquellas dificultades en la adaptación a la realidad y su incidencia directa en la asimilación de los procesos de cambio que se van dando en toda dinámica familiar en cada etapa evolutiva (Milozzi y Marmo, 2021).

En atención a la variable sobre consumo problemático de sustancias, Trujillo Segre (2019), repasa en su artículo de revisión temática sobre la adicción y sus diferentes conceptos, que si bien el término adicción es comúnmente utilizado, es importante tener claro que desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM V, no hace referencia al concepto de adicción como diagnóstico, sino que lo enuncia como Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos en sus diferentes clases de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, estimulantes, tabaco, otras sustancias o sustancias desconocidas. Las adicciones son trastornos complejos producto de un modelo multifactorial que incluye factores genéticos, temperamentales y del medio ambiente (Ibáñez, 2008; Tarter et al., 2003). Junto con los factores de riesgo y de protección, se destaca la relación con la familia y los pares. Estas relaciones afectan la modulación emocional: una baja capacidad de regular las mismas implica el incremento del riesgo de abuso de alcohol y otras sustancias (Mielgo et al., 2012).

Según Ladoux et al. (2000), más allá de la relación con los pares en la adolescencia, siendo ésta de un peso considerable para aquellos adolescentes que consumen sustancias psicoactivas, esta afiliación se ve influenciada por la relación con sus padres; la selección del grupo de pares depende de la calidad de la relación familiar (Jiménez et al., 2006). Durante la adolescencia los padres continúan siendo el gran punto de referencia (Pérez de Albeñiz – Garrote et al., 2018). Una autoestima débil junto

con un bajo reconocimiento y apreciación de las propias emociones se constituye en un factor de vulnerabilidad (Gutiérrez et al., 2015). Factores como la familia se consideran entonces de un rol preponderante y activo para el desarrollo de consumo problemático de sustancias.

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la incidencia del modelo de apego en el desarrollo de conductas adictivas.

Objetivos Específicos

- Conceptualizar y describir la dinámica familiar y el modelo de apego preponderante.
- Definir la conducta adictiva a partir de las experiencias tempranas de apego.
- Analizar la regulación emocional aprendida teniendo en cuenta los aportes de las investigaciones actuales sobre el tema.
- Observar el rol de la comunidad terapéutica para el tratamiento de adicciones como así también el del psicólogo, tanto dentro de dicha comunidad terapéutica, como en el acompañamiento a las familias de los usuarios y la reinserción social de los mismos una vez finalizado el tratamiento.

FUNDAMENTACIÓN

El consumo problemático de sustancias durante la adolescencia no sólo se constituye a partir del cada vez más fácil acceso a las mismas, sino también a través del hecho de que, en muchas ocasiones, es un fenómeno que se da en principio para identificarse con los pares, volviéndose en ciertos casos, una práctica que asegura la pertenencia a determinado grupo de afinidad generando una sensación de seguridad y pertenencia. En otros casos, y siendo que en la transición hacia la edad adulta, la mayoría de los adolescentes presentan conflictos en relación a la autoridad de los padres o tutores (o bien a la sobreprotección por parte de los mismos), sumado a fallas en la comunicación con el entorno, cambios físicos y hormonales, además de los cambios a nivel psicológico e intrapersonal, puede suceder que los púberes busquen evadir una realidad que perciben como intolerable, por medio del consumo (Cornellà-Font et al., 2020).

Es en este tiempo del ciclo vital, donde se cimienta el autoconcepto del individuo, un constructo mediante el cual el mismo se autopercibe, basándose fundamentalmente en su experiencia con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta, así como el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual. El autoconcepto es importante en la formación de la personalidad, ya que tiene que ver con la competencia social y cómo ésta influye en el modo en que la persona piensa, en cómo se siente, aprende, se valora, se comporta y relaciona con los demás (García y Musitu, 1999).

Si bien los datos epidemiológicos indican que el inicio es preponderante en la adolescencia puede darse comienzo en otras franjas etarias (Bertini et al., 2015, Hernández Lopez et al., 2009 y Rey-Brandariz et al., 2024).

Es a partir de las relaciones tempranas con los cuidadores primarios que emerge la mente, y es a través de la interacción con ellos que se activarán los diversos centros funcionales innatos en el bebé que irán configurando los distintos sistemas motivacionales, es decir, las estructuras que gobernarán la afectividad, la cognición y la acción. Las relaciones de apego son mediadoras de la regulación emocional de la díada madre-hijo, donde la madre co-regula el incipiente sistema nervioso central y autónomo del niño en desarrollo. Cuanto más sincronizados están emocionalmente madre e hijo, más posibilidades de que la madre pueda calmarlo en momentos de malestar. Las madres sensibles, están constantemente regulando los cambios en el nivel de activación de sus hijos. “Como consecuencia de haber sido expuestos a la capacidad regulatoria de sus cuidadores, se va expandiendo la capacidad infantil de evaluar los cambios estresantes que se dan en su entorno, especialmente el entorno social, y así pueden ir desarrollando respuestas coherentes para afrontar estresores” (Milozzi y Marmo, 2022, p.71).

Es por lo antedicho que se vuelve fundamental en la edad adolescente, el establecimiento definitivo de la regulación emocional y el desarrollo de la capacidad para resolver conflictos. Es aquí donde cumple una función preponderante y constitutiva el apego temprano, ya que a partir del mismo, y como se verá en el desarrollo de este trabajo de revisión, se sientan las bases para la regulación emocional.

En cuanto al consumo problemático de sustancias, cabe agregar, que quienes lo padecen, suelen cometer delitos para lograr acceder a las sustancias de las cuales se han convertido en dependientes, dado que además de este problema, van perdiendo todo tipo de relaciones interpersonales desde la misma familia, hasta las laborales al punto de no poseer las condiciones económicas que le permitan abastecerse. Además, se producen

alteraciones en el estado de ánimo que pueden derivar en depresión profunda y culminar en suicidio. El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, la OMS en 2014, demostró que la tasa puede reducirse realizando una prevención y un tratamiento adecuados sobre depresión, abuso de alcohol y otras sustancias.

El marco normativo vigente en la Argentina establece ciertas consideraciones en la materia. Sancionadas en los años 2010 y 2014 respectivamente, la ley de Salud Mental N° 26.657 y la ley del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP) N° 26.914, pautan una perspectiva general de derechos humanos en lo relativo a la salud mental en general y de consumos de drogas en particular. Dichas legislaciones establecen la centralidad de comprender a los sujetos desde su autonomía y capacidad de decisión, promoviendo modificaciones en los servicios de atención y tratamiento, así como también en las prácticas de producción de conocimiento (Sedronar/OAD, 2022c). En este sentido, este paradigma de derechos humanos convoca a complementar las tradicionales mediciones de prevalencia, incidencia y patrones de consumo con otras dimensiones de estudio, jerarquizando la consideración por las condiciones sociales de vida y su relación con los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, los escenarios variables de las prácticas de consumo de drogas, y la concepción de la salud pública como un amplio campo de saberes y prácticas sobre el bienestar colectivo, entre otros aspectos. De esta manera, las personas que consumen drogas son comprendidas desde su capacidad de agencia y de forma respetuosa con los significados que producen sobre sus prácticas; discursos que entran en diálogo con los producidos por otros actores -del sector salud, del campo seguridad, etc.- generando así, complejos modelos de atención en dinámica articulación (Menéndez, 2003, citado en Sistema Nacional de Información sobre Consumos de sustancias, 2022).

El consumo de alcohol y de sustancias ilegales en la adolescencia, es un predictivo de una posible adicción u otros problemas asociados al consumo en la edad adulta. Más allá de las sustancias psicoactivas, el alcohol requiere una mención especial, toda vez que se asume al mismo como un consumo típico de la edad adolescente y es un trastorno que genera dependencia severa, ya que generalmente comienza a edad temprana naturalizado por ser una sustancia legalizada dentro de la sociedad. Es la edad adolescente particularmente riesgosa por la conducta impulsiva relacionada al bajo desarrollo de las funciones ejecutivas en dicha etapa de la vida, momento en que se da la experimentación, correr riesgos y aprendizajes asociados (Pérez de Albaniz-Garrote et al., 2018).

Siguiendo con el objetivo general de este trabajo de revisión, se buscará la incidencia de las experiencias tempranas de apego en tanto y en cuanto definen la regulación emocional y que, consecuentemente a causa de la carencia de la misma, los jóvenes deriven en la búsqueda de sustancias como paliativo a la falta de contención emocional. Gratz y Roemer (2004), en su modelo integrador de regulación emocional describen que no sólo la modulación de los afectos tiene que ver con la mencionada regulación, sino también la posibilidad de tener conciencia de las emociones y lograr comprenderlas. Dado lo descrito anteriormente, abordar el consumo problemático de sustancias en la adolescencia, excede a los tratamientos tradicionales enfocados única o mayormente en los supuestos cognitivo-conductuales para crear los hábitos que permitan lograr una mayor sanidad de manera progresiva, hasta el punto de lograr evitar, mediante la regulación emocional, que el individuo recurra a aquellas sustancias que calmaban su malestar. Si bien la instauración de hábitos es parte primordial de las estrategias que se plantean en lo sucesivo, hallar el punto de origen que deriva en las conductas adictivas, acortará el camino hacia una rehabilitación integral, pudiendo identificar los

disparadores que desencadenan esta búsqueda de aquello que llenará ese vacío que se ahonda aún más con el consumo.

Afrontar el consumo problemático brindándole al individuo las herramientas para auto-gestionar las emociones, comunicar lo que siente, teniendo diversas posibilidades de expresarse, no sólo irá brindando claridad y salud mental al adicto, sino también a su entorno. Desde los aportes de la psicología sistémica, se trabaja no sólo sobre las creencias del individuo que padece éste trastorno, sino también desde la relación con sus vínculos más cercanos e incluso haciéndose extensivo parte del tratamiento a los mismos, en tanto y en cuanto la afectividad, la comunicación y el acompañamiento en este proceso, es fundamental para la rehabilitación no sólo del paciente, sino de la sanación de los vínculos intrafamiliares. Fortaleciendo las relaciones dentro de la misma familia y allegados, se asegura una mayor adherencia no sólo al tratamiento, sino también en las situaciones futuras que pongan en jaque la posibilidad de volver a consumir ante cualquier suceso que sea considerado frustrante o intolerable por parte del individuo en cuestión (Cuatrocchi, 2007).

2.4 PLANTEO DEL PROBLEMA

Atendiendo lo antes expuesto, es menester afrontar el consumo problemático de sustancias y su tratamiento de forma adaptativa, guiar y acompañar al individuo que se encuentra en esta situación en el reconocimiento de aquellos disparadores de las conductas desadaptativas en las que no media la regulación emocional y derivan en el consumo, independientemente de la situación contextual actual por la que atraviese; resulta de vital importancia para la generación de hábitos saludables, adquisición de herramientas en pos de regular las emociones y de comunicar los sentimientos que tienen ante las diversas situaciones que se presentan en su vida. A partir de lo desarrollado ut supra, surge en este trabajo final integrador, la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe una relación entre la función adaptativa del apego temprano y el posible desarrollo de consumo problemático de sustancias en la edad adolescente?

3. ESTADO DEL ARTE

Considerando el objetivo general de esta investigación y las variables asociadas, se detallan a continuación estudios realizados sobre el tema y sus principales aportes.

Cócola Coria (2020), en su tesis doctoral sobre el apego, la regulación emocional y el funcionamiento familiar en adultos con trastornos por consumo de cocaína, investiga sobre la posible vinculación entre el consumo problemático de sustancias, con las dificultades en regulación emocional (DERS), aptitudes que se adquieren en las relaciones cercanas tempranas de apego (ECR-RS), y que, a su vez, patrones de inseguridad en el apego y disfuncionalidades familiares (FACES III) se han asociado a trastornos graves de salud mental, aunque no se han encontrado estudios que evalúen estas tres variables en los trastornos de consumo de sustancias. Es por ello que aquél fue el objetivo principal de la mencionada tesis doctoral, donde se denomina TUS al Trastorno por el Uso de Sustancias para referirse a las adicciones. Cóccola Coria menciona en la misma tesis que las consecuencias de las TUS influyen tanto en la persona como en el contexto cercano, constituyendo un problema de salud con repercusiones sociales de diversos tipos: altas tasas de suicidios, accidentes viales, situaciones de violencia intrafamiliar, enfermedades de transmisión sexual, etc. A su vez es posible apreciar cómo ciertas conductas de los allegados a los pacientes identificados, pueden favorecer la aparición del problema o incluso sostenerlo en el tiempo (Ceberio, 1998). Si bien para Cóccola Coria es difícil precisar si estas conductas de los familiares precedieron a la disfuncionalidad del sistema, o si las reacciones disfuncionales del sistema se deben a un desfavorable intento de respuesta adaptativa, deja al descubierto que existe un problema grave y agudo como son los TUS. En su desarrollo de la clínica de los estilos de apego y la regulación emocional en los TUS, el mismo autor refiere que con frecuencia se pueden encontrar pacientes que presentan

dificultades en la regulación de sus emociones, y la aparición de episodios de consumo excesivo posteriores a estas desregulaciones, siendo la sustancia consumida, la principal compañera a la cual suelen recurrir en momentos de tensión, donde la regulación emocional es un proceso de aprendizaje relacional directamente ligado al sistema de apego; lo cual puede suceder en cualquier etapa de la vida de la persona no sólo durante la adolescencia. (Cócola Coria, 2020)

Cornellà-Font, et al. (2019), analizaron la prevalencia del riesgo de adicción a sustancias psicoactivas durante la adolescencia, estudiando la relación entre éste riesgo y las representaciones de apego y autoconcepto. Mencionan que una baja autoestima sumado a un pobre reconocimiento y apreciación de las propias emociones, desencadenan en un factor de vulnerabilidad. Éste estudio basado en el modelo del autoconcepto, permite diferenciar el efecto del autoconcepto en varios aspectos de la vida de la persona, como el académico, social, emocional, familiar y las áreas psíquicas, donde cada dimensión del modelo da una perspectiva diferente del autoconcepto en el riesgo de adicción, por lo que el modelo multidimensional es el más concreto y el que mejor se ajusta a la muestra de los resultados.

Para realizar el estudio descrito, se utilizaron cuestionarios en diversas instituciones educativas de Cataluña, en adolescentes de entre 13 y 19 años de edad, durante las jornadas de estudio, en las cuales los estudiantes recibieron instrucciones específicas y homogéneas para asegurar respuestas acordes a lo requerido, hallándose presentes los encuestadores a los efectos de aclarar posibles dudas en la realización de los tests. Para ello se utilizó la prueba de Cartes, Modèles Individuelles de Relation Reduced Vertion (CaMir-R), (Ballerka et al., 2011). La consistencia interna de cada una de sus siete dimensiones para este estudio, medida mediante el alfa de Cronbach, fue de : 87 para seguridad, disponibilidad y apoyo a las figuras de apego, 90 para familia,

preocupación, 0.82 por interferencia de los padres, 0.86 por valor de la autoridad de los padres, 0.69 por tolerancia excesiva de los padres, 0.79 por autosuficiencia y resentimiento hacia los padres y 0.85 por trauma infantil. La dimensión seguridad se asocia con un apego seguro; las dimensiones preocupación familiar e interferencia de los padres se refieren a un apego ansioso e inseguro y autosuficiencia a un apego evitativo e inseguro y trauma infantil a un apego desorganizado. El valor de la autoridad parental y la tolerancia excesiva de los padres se refieren a representaciones de la estructura familiar. Se observó una correlación negativa y significativa del riesgo de adicción a sustancias con las dimensiones de seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego de la prueba CaMir-R, valor de la autoridad parental. La correlación fue positiva y significativa para las dimensiones de exceso de tolerancia de los padres y trauma infantil. En relación al autoconcepto las dimensiones académica y familiar se correlacionaron negativa y significativamente con el riesgo de adicción a sustancias. En el estudio representa sólo el 4.5 % del total, un factor limitante a la hora de sacar conclusiones, el grupo de pares está relacionado con el inicio del consumo, pero el tipo de relaciones familiares está relacionado con la continuidad de este consumo. Cabe considerar la importancia de que las figuras de referencia sigan brindando seguridad durante toda la adolescencia. Refiriéndose nuevamente a los estudiantes de la muestra, se destacó que los mismos viven en una región donde existe una prevalencia conocida de familias disfuncionales.

Como resultado, se observó una menor prevalencia del riesgo de adicción a sustancias con puntuaciones altas en seguridad en el apego, concluyendo que las dificultades para regular las emociones vinculadas a un apego inseguro o desorganizado dificultan que los individuos reduzcan su ansiedad, lo que puede llevarlos a buscar nuevas emociones, automedicarse y volver a la dependencia de sustancias. El riesgo de

adicción tiene una correlación significativa y negativa con el autoconcepto tanto académico como social. La influencia positiva o negativa del grupo social depende de la elección de amigos y de la ideología del grupo sobre el consumo de sustancia.. La elección de amigos también está mediada por la relación con la familia y los valores y autoestima obtenidos en el hogar.

En estudios realizados sobre la influencia del apego en el bienestar en la juventud y sobre el rol mediador de la regulación emocional, se observa una relación positiva entre consumo de sustancias y dependencia emocional. Las personas consumidoras refirieron dificultades de regulación emocional, un estilo de apego de permisividad parental, autosuficiencia y rencor contra los padres. Asimismo, manifestaron traumatismo infantil y relaciones negativas con la seguridad, preocupación familiar, interferencia parental y valor a la autoridad parental. “Se asociaron a éstas características, el abuso de sustancias a causa de la desregulación emocional y a un estilo de apego caracterizado por la permisividad parental y los traumas infantiles” (Momeñe et al. (2021), citado por Milozzi y Marmo, 2022, p.78).

Cañari Blas (2021), en su tesis sobre “*Consumo de sustancias psicoactivas y estilos de apego en estudiantes universitarios*”, abordó, citando al modelo de factores de riesgo y de protección propuesto por Becoña (2002), la dimensión familiar, siendo ésta entendida como el primer agente socializador de los individuos, y constituyéndose como el factor primordial que incide en el desarrollo de conductas de consumo de sustancias psicoactivas en tanto y en cuanto es el campo en el cual se dan las primeras experiencias que dan lugar al desarrollo de la personalidad. Agrega que, es el tipo de estructura familiar, los estilos de crianza y la consecuente relación de apego con los padres entre otros, las primordiales variables implicadas y que se relacionan con el mayor o menor nivel de consumo en esta edad (Becoña, 2002). Según Cañari Blas (2021), estudios de

investigación arrojaron que algunos alumnos universitarios añaden el papel de los conflictos familiares y patrones familiares de consumo, es decir, convivir o tener padres o familiares consumidores. (Calderón-Romero y Cáliz-Romero, 2015) En función a lo mencionado respecto a la teoría del apego, Cañari Blas (2021), realizó un estudio donde se evaluó la medida del consumo de sustancias mediante la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Alcohol Smoking Substance Involvement Screening Test: ASSIST, en inglés), elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el 2002 (OMS, 2011). El objetivo de la prueba es proporcionar información sobre el consumo de diez tipos sustancias psicoactivas: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes de tipo anfetaminas, inhalables, tranquilizantes (que incluyen hipnóticos, ansiolíticos y sedantes), alucinógenos, opiáceos, y otras drogas a lo largo de la vida y en los últimos tres meses, identificar problemas asociados al consumo y el riesgo futuro de presentarlos, identificar el riesgo de dependencia al consumo, y, finalmente, informar sobre el uso por vía intravenosa.

La evaluación del apego adulto se empleó la versión adaptada de Jiménez (2008) del Cuestionario de Relación (Relationship Questionnaire, RQ) de Bartholomew y Horowitz (1991). El RQ permite evaluar el estilo de apego adulto en las relaciones en general, en función de los cuatro prototipos formulados por los autores: seguro, evitativo, preocupado y temeroso. Asimismo, permite obtener información sobre las dimensiones subyacentes de ansiedad y evitación, así como una evaluación general categórica del apego (seguro o inseguro). En base a lo mencionado, si se comparan los cuatro estilos de apego, en la muestra predominan la cantidad de estudiantes con una imagen positiva de sí mismo y de los demás. Sin embargo, si se consideran en conjunto las distintas combinaciones de las dimensiones, se tendría que la mayor parte de los estudiantes presenta dificultades en alguno de estos aspectos o en ambos en conjunto.

Tomando en cuenta que los estudiantes evaluados son parte de una población privilegiada al tener acceso a una educación superior, es posible afirmar que lo anterior manifiesta una problemática en torno a la presencia de ciertos conflictos vinculares en el espacio universitario o en su historia vincular, puesto que, como se mencionó, se presenta una predominancia de patrones inseguros en la forma de relacionarse de los universitarios de la presente muestra. Considerando lo expuesto anteriormente sobre las cuatro categorías de factores de riesgo que implican aspectos interpersonales (familia, escuela, pares, comunidad) en el modelo de Becoña (2002), es pertinente considerar el apego adulto como un factor relevante para entender el consumo y adicción a sustancias psicoactivas (Fairbairn, et al., 2018).

Schindler et al. (2007) exploraron la relación entre los patrones de apego y el abuso de sustancias en la edad adolescente e introdujeron el concepto de evaluación del apego familiar por medio de la entrevista de apego adulto desarrollada por Bartholomew. Los investigadores identificaron tres estilos de apego en las muestras de familias con adolescentes con problemas de consumo de sustancias. El patrón triangular hallado en el 65% de la muestra, donde las madres se mostraban preocupadas, los padres ausentes y los adolescentes temerosos; el patrón inseguro, donde el 19 % de la muestra refleja a la totalidad de los miembros de la familia (madres, padres y adolescentes) con un estilo de apego inseguro; y el patrón ambivalente con madres y adolescentes seguros pero padres preocupados. Para estos autores, la dificultad para recurrir a figuras emocionalmente cercanas en estados de estrés es una de las posibles causas de un historial de experiencias relacionales negativas en el desarrollo temprano. De esta forma, el riesgo de consumo se ha explicado a partir de las estrategias de regulación emocional y afrontamiento de situaciones adversas características de cada estilo de apego, donde

las personas con un apego inseguro pueden utilizar drogas como estrategia alternativa para lidiar con el estrés emocional.

4. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se realizará una conceptualización y recorrido de las variables implicadas en este trabajo de revisión, focalizando la atención especialmente en aquellos constructos formulados en el título, objetivos y pregunta de investigación. Se incluye a continuación, una síntesis teórica, producto de la lectura y análisis de un compendio de artículos, libros y otros documentos que describen los conceptos centrales del tema específico.

4.1 DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA DE APEGO

En relación a la teoría del apego, su precursor, John Bowlby, describe en su obra “*Una base segura*” (1989), la importancia de la participación de los padres/cuidadores principales en la salud mental de la siguiente generación, siendo fundamental la dedicación de tiempo y atención a los niños. En relación a la naturaleza del vínculo del niño con su madre, donde se habla de dependencia, resultó útil considerarlo como el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte pre programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna (Bowlby, 1969). Hacia el fin del primer año de vida, la conducta comienza a organizarse cibernéticamente, (se vuelve activa ante condiciones determinadas como ser el dolor, la fatiga, cosas atemorizantes, como así también al hecho de que la madre sea o parezca inaccesible). Las condiciones que hacen que cese

esa conducta varían de acuerdo a la intensidad de su activación. A baja intensidad, esas condiciones pueden ser el ver u oír a la madre (es efectivo porque ella reconoce la presencia del niño); a intensidad más alta, el cese puede requerir que el niño la toque o se aferre a ella. El grado máximo de intensidad se da cuando el infante se encuentra angustiado y ansioso, no habrá nada mejor que el abrazo prolongado, considerando esta conducta como parte de la función biológica de protección, especialmente ante depredadores (Bowlby, 1989).

El hombre, al igual que otros animales, responde con temor a determinadas situaciones, no sólo porque éstas conlleven un riesgo de dolor y de peligro, sino porque indican un aumento del riesgo, por tanto, así como reaccionan ante cambios marcados de niveles de luz o de sonido, porque ello tiene un valor de supervivencia, también lo tiene la separación de una figura protectora y potencialmente dadora de cuidados y por las mismas razones. Bajo esta luz se pueden ver cómo las amenazas de abandono, incluso cuando sean para regular el comportamiento del niño, crean estados de gran ansiedad que pueden hasta despertar ira, sobre todo en niños más grandes y adolescentes. Esta ira, cuya función es la de disuadir a la figura del apego del que lleve a cabo la amenaza, puede volverse fácilmente disfuncional. La sola percepción de que una relación con la persona amada se encuentra en peligro, hace que la ansiedad y la ira vayan de la mano (Bowlby, 1989).

En resumen de lo antedicho, parece claro que los cuidados cariñosos y sensibles dan como resultado un niño con la seguridad de que recibirá ayuda de los demás cuando él recurra a ellos, por ende se sentirá cada vez más seguro de sí mismo en las exploraciones del mundo, cooperativo y solidario con los demás. A la inversa, cuando el niño se sienta inseguro, porque obtiene una respuesta tardía y de mala gana, es probable

que se vuelva ansiosamente apegado y por lo tanto reacio a apartarse del lado de la persona responsable de su cuidado, obediente de mala gana y de manera ansiosa, poco preocupado por los demás.

Mary Ainsworth fue un poco más allá de la teoría del apego formulada por Bowlby, al incluir en la ecuación a un tercer factor: la situación extraña. Concretamente, Mary Ainsworth y sus colaboradores estudiaron niños de entre 10 y 24 meses de edad, mediante 8 episodios que implican separaciones y reencuentros con la madre, así como la presencia de un extraño en algunos de ellos. A partir de este experimento, clasificaron el tipo de apego de los niños según la conducta que estos manifestaban durante la separación, así como por la actitud de los mismos durante el reencuentro con la madre. Los resultados obtenidos sugieren clasificar el apego en cuatro tipos: apego seguro, apego ansioso evitativo, apego ansioso ambivalente-resistente, y apego desorganizado/desorientado. El apego seguro implica que el niño explore de forma activa cuando la madre está presente (base segura), y que se intranquilece ante la separación. Finalmente, el niño se muestra afectuoso cuando la madre regresa. En el apego evitativo, el niño muestra poco malestar en la separación, evita e ignora a la madre cuando regresa, se muestra enojado y no la busca cuando la necesita. La conducta exploratoria es activa. Se trata de niños que pueden ser muy sociables con extraños. El apego ambivalente caracteriza a niños que exploran poco, que se mantienen cerca de la madre, que se inquietan mucho en la separación y antes de la misma, y que ante el regreso de la madre se muestran ambivalentes. Son difíciles de tranquilizar. Finalmente el apego desorganizado conjuga los patrones resistentes y evitativos; aparecen conductas inconsistentes y contradictorias.

Según la teoría del apego de Mary Ainsworth, uno de los factores esenciales que afectan al apego es la sensibilidad de la madre con respecto a las necesidades de su bebé, que se considera vital para el desarrollo de un apego seguro. La situación extraña ha sido el sistema habitual para la valoración del tipo de apego según Ainsworth (seguro, evitativo y ambivalente) durante los primeros años de vida. Se fundamenta en el supuesto de Bowlby de que la función primordial del sistema conductual del apego es promover la proximidad protectora del adulto en caso de amenaza o alarma y estimular la exploración en caso contrario. Su objetivo es observar la forma en que el niño maneja el estrés inducido por la novedad del contexto, la presencia de un extraño y las separaciones de su figura de apego. Aunque centrada en la conducta del hijo, la situación extraña evalúa la relación más que al niño.

Pino Bonacho (2023), menciona en su descripción sobre el trastorno de estrés postraumático, que no capta la dimensión del desarrollo del trauma, situándose en un contexto temporal circunscrito y definiendo las consecuencias que provoca como un conjunto de síntomas directamente relacionados con uno o más episodios de abuso o violencia. Sin embargo, el desarrollo infantil de un niño traumatizado sufre un daño generalizado que se manifiesta a través de signos y modalidades más complejas. Cita que los miembros del *Developmental Trauma Disorders Taskforce* (establecido dentro de la NCTSN – *National Child Traumatic Stress Network*) han identificado un constructo diagnóstico denominado *Developmental Trauma Disorder* (DTD) para incluir todos aquellos síntomas recurrentes en niños que tienen una historia de trauma. Varios clínicos e investigadores experimentados en patologías relacionadas con el trauma han propuesto varios diagnósticos, muy similares entre sí, que permitirían identificar incluso en adultos los resultados psicopatológicos de los traumas relacionales repetidos y acumulativos sufridos en la infancia. Agrega además, que la sintonía inicial entre la madre y el niño es

corporal y se produce a través de interacciones sensoriomotoras mutuas. La madre regula la excitación del niño y le ayuda a mantenerse en un estado óptimo, sentando así las bases para las posteriores capacidades de autorregulación del niño. El apego inseguro, y en particular el apego desorganizado, también se manifiesta en el cuerpo, en los movimientos no integrados y no armónicos, en la dificultad para utilizar las habilidades de autorregulación y/o las habilidades de regulación de la excitación interactiva. Por tanto, las experiencias traumáticas de abuso tales como maltrato y negligencia dentro de la relación de apego conducen a un aumento crónico de la excitación o a la alternancia de estados de hiper e hipo activación, mientras que las experiencias de abandono conducen a un aplanamiento afectivo debido a la disminución crónica de la excitación. La hiperactivación crónica del sistema de defensa que se produce en el caso de las experiencias infantiles traumáticas hace que éste domine sobre otros sistemas de acción, como la sociabilidad, la exploración, el juego, desencadenando tendencias de acción automáticas que duran toda la vida y que, por tanto, pueden ser desadaptativas en situaciones distintas a las amenazantes que las provocaron inicialmente. Haber sufrido, durante la infancia, experiencias traumáticas en la relación de apego afecta directamente a la formación de las neuronas espejo; esto significa que el apego comprometido por un trauma representa un ataque masivo a la integración interpersonal. En otras palabras, incluso a nivel neuronal es posible ver cómo las experiencias traumáticas afectan negativamente a las capacidades introspectivas y a las habilidades relacionales del sujeto. Una de las consecuencias del apego traumático es que la interacción social deja de ser una fuente de seguridad: esto sienta las bases para una actitud conservadora, observable en las personas que han sufrido un trauma, que se ven abocadas a interpretar las situaciones neutras como situaciones potencialmente peligrosas de las que deben defenderse.

Pitillas y Berástegui (2018), aseguran que el sistema de apego no es el único que gobierna el funcionamiento infantil. Otro importante conjunto de necesidades y tendencias, estrechamente ligado al apego, se gestiona en el seno de las relaciones tempranas con los cuidadores: el sistema de exploración. Además de proximidad y cuidados, el niño necesita establecer distancia con respecto a sus cuidadores para descubrir el mundo, obtener estimulación y desarrollar sus capacidades. Desde muy temprano, los bebés y los niños pequeños se ven movidos por la curiosidad y cierta búsqueda de autonomía, la cual aumenta conforme el niño crece. Agregan además que, existe una relación inversa entre ambos sistemas: cuando el apego se pone en marcha, la exploración se desactiva, y viceversa. Así, si al niño se le presenta algo atemorizante o nuevo, interrumpirá su exploración y volverá la vista hacia su madre, buscándola. Quizás llorará, o alzará los brazos: el sistema de exploración se ha desactivado, para dar paso al sistema de apego. Igualmente, el descubrimiento de algo interesante puede hacer que el niño, confortablemente envuelto por los brazos de su madre, decida separarse temporalmente para explorar eso que tanta fascinación le produce: el sistema de apego se ha desactivado, y cede el paso al sistema de exploración. Los cambios de un sistema a otro pueden ser rápidos. La función primordial que ejerce el cuidador frente al sistema de apego es la de ser refugio seguro. Esta función incluye comportamientos tales como establecer contacto físico, consolar, explicar lo que sucede, dar cariño o protección. Entre las respuestas al sistema de apego se incluye también la capacidad del cuidador para hacerse cargo de las emociones caóticas y difíciles que el niño no puede regular por sí mismo. Por otra parte, frente al sistema de exploración, la función primordial del cuidador es la de ser base segura. Esta función comprende comportamientos tales como invitar al niño a que juegue, dar instrucciones para guiar la exploración, supervisar a distancia o celebrar con el niño sus logros. Muchas veces, las respuestas que aportan

seguridad frente a este sistema no se limitan al respeto por la autonomía del niño para explorar, sino que incluyen también la disposición.

Según la perspectiva psicoanalítica del apego, Schnltmann (1995) define que cuando el humano nace, es uno con su madre, en su primer estadio de bebé, no regula su temperatura hasta los seis meses, no puede hasta mucho más tarde proveerse de comida. no puede asearse, no puede sobrevivir; muere por tanto, sin la función de cuidadora de la madre. El primer molde de la mente humana se conforma en esta situación simbiótica: viven gracias a intercambiar funciones. Este sentimiento simbiótico -de ser uno con el otro, y de que en serlo se da la vida- persistirá siempre, en lo más inconsciente. Incluso muestra el psicoanálisis que desde esta carencia es desde donde el hombre constituye su psiquismo. A partir de ésta experiencia basa su personalidad de niño y luego aún la del adulto. Este crecimiento lleva la marca de ser capaz de agregar a ese primer sentimiento generador de la mente, el de la participación social: que puede haber otros que no son yo. La dirección del crecimiento desde el punto de vista psicoanalítico, es la de un corte psicológico del cordón umbilical. Ni siquiera es necesario este corte, para acabar con él, sino de añadir y sumar otras funciones, la posición de individualidad en la que otros también serán importantes fuentes de vida y de relación para el niño, además de la primera figura de los guardadores; función de suma de relaciones que permitirá al sujeto adulto incorporarse al grupo social. El problema surge porque ante ciertas situaciones de su vida mental -conflictos inconscientes no resueltos- puede volver a predominar este sentimiento.

4.2 CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) desglosa dos acepciones para el término adicción: la primera es: “*Dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico*”, la segunda reza: “*afición extrema a alguien o algo*”. La primera denota un sustrato más biológico en tanto la segunda es un poco más compleja en su significado. Si bien el término engloba una conjunción de ambas, en la segunda acepción, se infiere que el individuo se encuentra atraído y motivado por aquello que se constituye en objeto de su adicción, sumado al calificativo que refiere tal afición es extrema, lo que infiere que conlleva consecuencias nocivas para la salud o el equilibrio psíquico, como la misma RAE recoge en la acepción alternativa del mismo término.

La etiología del consumo problemático de sustancias es un fenómeno complejo y multifactorial. Si bien no se habla de causas específicas, sí existen factores de riesgo en común entre las personas consumidoras, los cuales no implican que se observen en todas por igual. Según Piñas Mesa y Chivato Pérez (2020), los factores comunes más conocidos son:

- La curiosidad, dado que generalmente se inician en el consumo de drogas influidos por la información recibida del entorno o los medios de comunicación.
- Las vivencias traumáticas. Aunque no todas las personas que han experimentado una vivencia traumática o con un alto contenido emocional desarrollen conductas o hábitos de drogadicción, muchas otras encuentran en las drogas una vía de escape que les ayuda a sobrellevar ciertas situaciones especialmente complicadas. El objetivo de estas conductas es el de olvidar ciertos recuerdos que torturan la mente de la persona y así, distraer el intelecto para no tener que enfrentarse a ellos. De esta manera,

son muchas las personas que deciden experimentar con las drogas para conseguir un estado de relajación o aturdimiento.

- Aliviar el estrés; en aquellas personas cuyo ritmo de vida conlleva una gran presión o estrés, bien a nivel laboral, familiar o social, pueden llegar a encontrar en las drogas una manera de relajarse y aliviar esta tensión aunque sea por unos momentos. No obstante, la propia adicción generará más y más tensión entre un consumo y otro, por lo que la persona necesitará cada vez más dosis y lo hará de manera más y más recurrente.

- Otra de las causas conocidas una vez generada la dependencia de la sustancia es la de mejorar el desempeño. En ciertos ámbitos como los deportivos o académicos, es habitual que algunas personas recurran al consumo de algún tipo de sustancia estupefaciente para intentar mejorar su rendimiento.

- Personas que sienten la falta de motivación y objetivos, y que buscan en las drogas la experimentación de sensaciones agradables o de euforia.

- La convivencia en un entorno familiar inestable.

Las sustancias adictivas actúan sobre el sistema de recompensa del cerebro creando fuertes sensaciones placenteras que no se darían de forma natural sin ellas. Estas sensaciones fijan recuerdos que están directamente implicados en el ciclo de la adicción. La activación de sensaciones positivas es tan intensa que costaría mucho conseguir estos refuerzos de manera natural o adaptativa, es decir, la forma de obtener placer con las actuaciones de la vida cotidiana es mucho más complicada que la forma de obtener placer con el consumo de sustancias o los refuerzos de comportamientos adictivos (compras, sexo, ejercicio, etc.), aunque la investigación no sea lo suficientemente sólida para clasificarlos como trastornos mentales.

Bertini et al. (2015) exponen que tanto el uso como el abuso de sustancias traen aparejadas graves consecuencias entre los adolescentes, según las encuestas nacionales en colegios secundarios en Argentina. El consumo de sustancias psicoactivas durante la adolescencia atenta contra la salud mental de los púberes dado que las drogas actúan directamente sobre el sistema de recompensa del cerebro, incluso desde antes de que se desarrolle una adicción, dado que es durante la adolescencia se alcanza el punto máximo de desarrollo neuronal. Considerando que el consumo puede comenzar incluso en la etapa infanto juvenil, se entiende que a menor edad del inicio del consumo, mayores son las probabilidades de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias. Los pediatras cumplen un rol importante en la prevención, detección y asesoramiento de la salud integral de los adolescentes. Para ello, sostienen estos autores, existen ciertas herramientas que permiten realizar un testeo general al momento de evaluar a los pacientes, las cuales permiten detectar trastornos causados por el abuso de sustancias. Si bien se han desarrollado numerosos tests de medición, el más utilizado en adolescentes son el POSIT y el CRAFFT. El primero se trata de un cuestionario utilizado para detectar problemas específicos en diferentes dimensiones de la vida del adolescente. La búsqueda de el uso y abuso, dependencia y consumo problemático se realiza mediante un cuestionario compuesto por diecisiete preguntas escritas y es validado en idioma inglés y español. El CRAFFT es un instrumento de pesquisa para evaluar el riesgo de consumo problemático, abuso o dependencia de alcohol y otras drogas en adolescentes. Su nombre es un acrónimo de 6 palabras claves que componen la prueba: *car* (auto), *relax* (relax), *alone* (solo), *forget* (olvidos), *family and friends* (familia y amigos), *trouble* (problemas). Siendo que el test de CRAFFT no ha sido adaptado ni validado para la Argentina, los autores proponen adaptarlo al castellano y verificar su validez en adolescentes argentinos. El objetivo es asegurar la validez de una versión de CRAFFT

adaptada al castellano, en un grupo de adolescentes argentinos utilizando el test POSIT_{sua} como referencia. La muestra se compuso de adolescentes argentinos de entre 14 y 20 años de edad que asistieron de modo espontáneo o programado, al departamento de adolescencia del Hospital Italiano de Buenos Aires entre Octubre del 2011 y Febrero de 2013, plazo en el cual se calculara una muestra estimada de 5000 individuos por año, donde se estimó en un 27% la prevalencia de uso de alcohol y un 5% de margen de error.^a Se excluyeron de este estudio adolescentes con retraso madurativo o mental, que no comprendan o se dieran a entender en el idioma español, o con trastorno psiquiátrico que le impidiesen la participación en el estudio.

En el estudio llevado a cabo por Bertini et al. (2015), se incluyeron 290 adolescentes, de los cuales 286 completaron adecuadamente ambos cuestionarios. Ningún adolescente se negó a participar. El 52% (148) fueron mujeres. La edad media fue de 16,6 (rango: de 14 a 20) años. El 100% estaba escolarizado; el 98,6% (282) cursaba el secundario o lo había terminado; y el 2% estaba cursando estudios primarios. El 29% (83) (IC 23,7-34,3) de los adolescentes tuvo un puntaje igual o mayor a 2 para CRAFFT_a, y el 37% (106) (IC 31,4-42,7), para POSIT_{uas}. La sensibilidad del CRAFFT_a fue del 59%, y su especificidad, del 88%, comparado con POSIT_{uas}. Si bien en la utilización del CRAFFT se sugiere que, si la parte A es negativa (es decir, todas las respuestas se contestan por no), se pasa a la pregunta 1 de la parte B para detectar adolescentes que estuvieran en riesgo de subirse a un vehículo conducido por una persona bajo efectos de sustancias, en el trabajo se obvió y que solo los participantes que habían contestado por sí una pregunta de la parte A respondieran la parte B (dejando afuera del trabajo a los que habían contestado por no todas las preguntas de la parte A). Es decir, que se incluyeron a los adolescentes que habían consumido sustancias en los últimos 12 meses. El objetivo del trabajo es evaluar el constructo de las seis preguntas

de la parte B del CRAFFT_a para detectar consumo problemático, abuso y dependencia, y calcular la sensibilidad, especificidad, y determinar su coherencia interna.

El riesgo aumentado (puntaje mayor o igual a 2) del CRAFFT sugiere al pediatra que el paciente requiere una evaluación más completa y detallada sobre el consumo de sustancias, evaluación que determinará la conducta por seguir: consejería, intervención breve, interconsulta o derivación a Salud Mental o a tratamiento especializado.

Concluyen los autores que las ventajas del CRAFFT, comparado con otras pruebas de pesquisa, como AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), CAGE (*Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener*; cuestionario para alcoholismo) y MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), son que puede ser realizado verbalmente, no presenta diferencias respecto a género o etnia, es útil para otras drogas distintas al alcohol y está especialmente diseñado para población adolescente. En comparación con el POSIT, el CRAFFT es más breve y puede ser realizado en forma oral. La relación entre un instrumento y el contexto cultural donde se ha desarrollado responde a ciertos parámetros específicos, como ser los hábitos, las costumbres y las creencias de una cultura que condicionan en gran medida cómo preguntar, cuáles son los términos más apropiados, el sentido de las palabras y de las frases.

En el estudio, el 29% de los adolescentes que consumieron alcohol, marihuana u otras drogas en los últimos 12 meses presentó un CRAFFT_a con riesgo aumentado de consumo problemático, abuso o dependencia de alcohol u otras drogas, porcentaje similar a los reportados por Knight y cols., en el que un 25% de los participantes presentaron un puntaje de CRAFFT mayor o igual a 2. Un modelo de 4 preguntas (relajarse, olvidos, familia y amigos, y problemas) tiene casi la misma correlación que las 6 preguntas en un modelo de regresión lineal (0,58 vs. 0,60). Por lo tanto, en la

población estudiada, las preguntas referentes a "vehículo" y "consumir solo" tuvieron poca influencia en la pesquisa de consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras drogas.

Cabe destacar, amplían estos autores, que los resultados no pueden generalizarse a toda la población argentina, ya que la población estudiada pertenece al sistema de obra social y medicina privada (prepago) y tiene un nivel de estudios elevado para la media del país. Otros estudios son necesarios para evaluar el comportamiento del CRAFFT_a en diferentes contextos socioculturales del país. Se cree que el CRAFFT_a puede ser incorporado a la entrevista con el adolescente. No reemplaza el interrogatorio personal que cada pediatra pueda hacer con su paciente, sino que lo enriquece, ya que está demostrado que la intuición sola del médico puede subestimar el riesgo.

Hernandez López et al. (2009) abordaron la edad del inicio de consumo de drogas como un indicador de consumo problemático. Según el estudio realizado, afirman que la experimentación temprana con tabaco, alcohol o cannabis (antes de los 15 años) se asocia a un consumo diario de tabaco, cannabis y alcohol de modo abusivo en promedio diario y al desarrollo de policonsumo regular o consumo recurrente de 2 o más drogas en el último mes. Está asociado además, a diversas áreas de la vida adolescente, como ser el consumo problemático en los ámbitos académico, económico, familiar y social. Asimismo, se han identificado numerosos factores de riesgo relacionados con el inicio del consumo de sustancias de comercio legal y de cannabis, señalando a través de diversos estudios que los factores individuales (sexo, edad, rendimiento escolar), familiares (consumo de padres o hermanos, problemática familiar, vigilancia y relación con los padres) factores de influencia social y del entorno como el consumo por parte de los pares y la disponibilidad de sustancias asociados al inicio del

consumo (Hayatbakhsh et al.,2008), como así también se asocian, al inicio del consumo, factores como los eventos estresantes en la infancia. (Andersen y Teicher, 2008).

Según lo anteriormente expuesto, el inicio precoz del consumo de sustancias se considera uno de los mejores predictores de trastornos de abuso o dependencia. Con el objetivo de estudiar la relación entre el inicio precoz del consumo de alcohol, tabaco y cannabis y los consumos problemáticos en la población adolescente y joven de la ciudad de Madrid, Hernández López et al. (2009) tomaron como base de datos la encuesta 2005 sobre consumo de drogas en población de 12 a 24 años del Ayuntamiento de Madrid, de modo que permite una aproximación a estos aspectos desde la perspectiva de género y edad. Se realizó un estudio transversal tomando como muestra una población de entre 12 a 24 años de edad del municipio de Madrid, con un tamaño de 7.500 entrevistas con un margen de error $\pm 1,13\%$, con un grado de confianza del 95,5% $p=q=0,5$. Se tomaron en cuenta las variables de edad y sexo, en cuanto al consumo de drogas se amplió el espectro a sustancias como cocaína, éxtasis, heroína, drogas de diseño, anfetaminas, alucinógenos, inhalables volátiles y tranquilizantes (sin especificar si son o no prescritos). Para todas las sustancias se pregunta por el consumo alguna vez en la vida, consumo en los últimos 12 meses para las sustancias de comercio ilegal, consumo en el último mes para todas las sustancias incluyendo diferentes frecuencias de consumo: la edad de inicio de consumo para cada droga; las consecuencias del consumo de alcohol o drogas, es decir, el no asistir a clase, bajo rendimiento en los estudios, conflictos familiares, problemas en el trabajo (en mayores de 18 años), problemas económicos, conflictos con los amigos, enfermedades y otros. Las circunstancias relacionadas con el consumo de alcohol y/o drogas (sufrir accidentes después de consumir alcohol o drogas, involucrarse en peleas o discusiones tras consumo de alcohol o drogas, o haber

conducido vehículos después de tomar alcohol o drogas (sólo para mayores de 18 años). El inicio precoz de tabaco, alcohol y cannabis: Para definir el corte de la “edad de inicio precoz” se ha considerado la edad de inicio que se situara entre el percentil 30-35 en cada una de las sustancias. Resultando para el tabaco y el alcohol el inicio precoz antes de los 14 años y en el caso del cannabis la iniciación antes de los 15 años. Otras variables analizadas sobre el promedio diario de bebedores abusivos que ronda en un consumo de alcohol en promedio diario ≥ 50 cc en varones y ≥ 30 cc en mujeres; el policonsumo regular en el último mes, estableciéndose el criterio para consumo recurrente de dos o más sustancias en los 30 días previos a la encuesta. Considerando para el tabaco el consumo diario, para el alcohol presentar patrón de bebedor abusivo, y para todas las sustancias de comercio ilegal y los tranquilizantes una frecuencia de consumo de 2 o más días por semana en el último mes.

Como resultado se obtuvo que las sustancias de comercio legal como el alcohol y el tabaco presentan las prevalencias más elevadas, la experimentación con alcohol la refiere el 92,5% de la población y el 63,7% con el tabaco. El cannabis es la sustancia de comercio ilegal más consumida por los jóvenes madrileños, el 59% la ha probado en alguna ocasión. Un 94% de los jóvenes han probado una o más de estas tres sustancias. La iniciación al consumo de drogas de comercio legal en Madrid es temprana en la actualidad. El tabaco y el alcohol presentan las edades de inicio más precoces -tabaco 14,1 años de media ($Sx=2,39$), alcohol 14,3 ($Sx=2,08$). Los inhalables y el cannabis son las drogas de comercio ilegal de iniciación de los jóvenes madrileños -15,4 años edad media ($Sx=2,68$) para inhalables y 15,6 ($Sx=2,15$) para el cannabis-. Para el resto de drogas los 17 años concentran las edades medias. No se observan diferencias inter género en la edad media de inicio de las diferentes sustancias. El inicio precoz del consumo de tabaco, alcohol o cannabis se asocia con la edad. Los más jóvenes presentan

en mayor proporción inicio precoz de consumo que los de más edad, tanto en varones como en mujeres el inicio precoz de una o más sustancias disminuye significativamente a medida que se aumenta la edad, alcohol o cannabis se asocia a prevalencias más elevadas de consumo reciente (últimos 12 meses) de todas las drogas de comercio ilegal, a excepción de la heroína. También se asocia a mayor prevalencia de consumo diario de tabaco y de cannabis y a patrones de alcohol abusivo en promedio diario. La asociación es más fuerte a medida que aumenta el número de sustancias de inicio precoz. Los patrones de inicio precoz de una, dos y tres drogas en los más jóvenes son iguales para ambos sexos, a medida que aumentamos en edad los patrones se diferencian observándose diferencias significativas entre varones y mujeres de 23-24 años en el consumo precoz de dos y de tres drogas. El policonsumo regular o consumo concurrente de 2 o más drogas en el último mes (tabaco diario, alcohol abusivo y consumo de 2 o más días por semana en el resto de sustancias) también se asocia de manera significativa con haber consumido precozmente alguna de las tres drogas y así mismo la fuerza de la asociación se incrementa a medida que aumenta el número de drogas de inicio precoz, resultando que más de la mitad (55,7%) de los experimentadores precoces de las tres drogas lo presenta.

Finalmente, estos autores plantean la necesidad de investigar la coexistencia de factores o variables psicosociales de riesgo para el inicio de consumo y la progresión a consumo problemático, sugiriendo diseños prospectivos de cohortes que requieren estudios transversales como el antes expuesto. Otra limitación radica en la imposibilidad de aproximación a la prevalencia de trastornos inducidos por uso de sustancias, ya que la encuesta no incluye test de cribado (diagnóstico presuntivo de abuso o dependencia) para alcohol, tabaco y cannabis, por lo que el estudio se basó principalmente en la asociación de inicio precoz con consumo diario en tabaco y cannabis.

Rey-Brandariz et al. (2024) en su artículo sobre el consumo de alcohol y la caracterización de bebedores problemáticos en Galicia, fijaron como objetivo estimar la prevalencia del consumo de alcohol diario, ocasional, esporádico, intensivo y problemático entre los gallegos de 16 y más años y caracterizar a los bebedores problemáticos teniendo en cuenta la perspectiva de género. Se realizó un estudio transversal en 2017 entre la población mayor de 15 años residente en Galicia en el marco del Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo (SICRI). En 2017, se entrevistaron 7.841 adultos seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado. Se incluyeron preguntas relacionadas con el consumo de alcohol en el último mes y se estimó la prevalencia de consumo problemático empleando el test AUDIT. Para caracterizar a los bebedores problemáticos se ajustó un modelo de regresión logística multivariante. El 18,8% de la población gallega consumía alcohol a diario y el 3,4% tenían un consumo problemático. Las prevalencias de consumo de alcohol diario, ocasional, esporádico, intensivo o problemático fueron más altas entre los hombres y variaron por edad. La prevalencia de consumo diario-ocasional y esporádico fue más alta a edades medias (45-64 años), y el intensivo y problemático entre los 16 y 24 años. Las características asociadas a un consumo problemático de alcohol varían por sexo, identificándose características comunes como la edad o ser fumador de tabaco o cannabis, y diferenciales como el nivel de estudios. Las tipologías de consumo cambian en función de la edad y del sexo. Una de las cuestiones que puede explicar que las personas más jóvenes tengan un mayor consumo intensivo de alcohol es la asociación demostrada entre el binge drinking y el fenómeno “botellón”, entendido como un grupo de personas, mayoritariamente jóvenes, que se reúnen para consumir alcohol en espacios públicos al aire libre. En el “botellón” se crea una situación donde factores como la presión por parte del grupo para beber alcohol, una mayor accesibilidad

a bebidas más baratas y la creencia de efectos positivos, como que facilitará las relaciones sociales, pueden influir en la realización de un consumo intensivo de alcohol. (Llamosas-Falcón, Manthey y Rehm, 2022; Teixidó-Compañó et al., 2019)

Retomando la perspectiva psicoanalítica de Schnltmann (1995), éste define la naturaleza mixta de las adicciones como un fenómeno psíquico-social, dentro de una escala de graduaciones medida por el grado de gravedad de las dependencias a sustancias, siendo el uso de drogas el primer estadio de la misma a lo que llama consumo de drogas sin daño, dado que el mismo se encuentra estrictamente relacionado al campo médico -como límite y diferenciación de los otros tipos de consumo-, pasando por el subsiguiente abuso de sustancias dentro de lo cual incluye al consumo de drogas con daño reversible, refiriéndose al daño como proporcional a la asiduidad con la que se reitera el consumo, es decir, que si bien el daño existe, aparece en el momento mismo del consumo de la droga, y desaparece cuando se deja de consumirla. El siguiente nivel definido por Schnltmann es el de la dependencia en primer grado que implica consumo de drogas con daño estable y no progresivo. Aquí el factor de riesgo ha dado paso a la patología constituída con las formas clínicas y discriminadas sus modalidades e indicaciones de tratamiento. Finalmente, el cuarto estadio denominado dependencia de segundo grado, implica consumo de drogas con daño estable y progresivo, que coincide en términos generales con el estereotipo ideológico que se ha generalizado sobre las personas que poseen indicadores de consumo problemático.. Schnltman (1995) lo describe en términos de un problema social en la mente misma del individuo que consume por tratarse de un lazo o registro social que en la personalidad del individuo como una función social-psíquica alterada en la mente del sujeto, y refiere que pensarlo desde lo social es lo que le da la posibilidad de realizar un tratamiento psicoanalítico.

Respecto a los conflictos inconscientes no resueltos, el hecho de volver a predominar estos sentimientos, el sujeto puede volver a caer en la droga. Desde ésta perspectiva, cuando la persona dice eso, además de lo evidente de la conducta de la recaída en el síntoma del consumo; lo que Schnltmann ha interpretado, es que dice caer en el sentido de regresar hacia esa etapa primaria donde todo su psiquismo estaba regido por el sentimiento de ser uno con el otro. Esta predominancia del sentimiento de ser uno con el mundo con el otro de la primera situación mental humana, constituye uno de los mecanismos de la enfermedad neurótica ; y que en el caso de la neurosis con síntoma de adicción a drogas, es el principal mecanismo determinante de su personalidad. Este es el factor común de la personalidad de cualquier individuo, sea cual sea la droga o cosa a la que esté apegado. Todas las drogas que producen adicción, actualizan este sentimiento y llevan a la personalidad a un estado de regresión -regresar, caer, volver atrás-. Si bien cada adicción lo pone en juego con distintos efectos de conducta, no todas las conductas observables son las mismas; sino que varían con cada sustancia adictiva (Schnltmann, 1995).

En el psicoanálisis de la neurosis con síntomas de adicción, se observa que la personalidad gira alrededor de ese otro que está dentro mío, de ese otro mundo con el que uno se siente uno; perdiéndose la capacidad de crecimiento y de eficacia del adulto. Es por lo tanto, este estado de dos en uno el que es propio de todas las adicciones. y es el que en todos los casos tendrá que desmontarse mediante el uso del psicoanálisis. Como efecto de este sentimiento de ser uno con el otro, quien padece esta dependencia adopta una conducta manipuladora. Para la personalidad adulta, el otro es distinto de mí, semejante pero diferente. El sentimiento inconsciente de que el otro y yo somos uno, genera en el neurótico con este sentimiento de simbiosis, una serie de conductas manipuladoras del prójimo; donde el egoísmo característico de las adicciones, responde

a otra ética diferente a la ética de la personalidad adulta: el otro es de su propiedad. Por ello, roba, en metálico, en bienes, en sentimientos, o en tranquilidad (Schnltmann, 1995).

4.3 RELACIÓN ENTRE APEGO Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Tal como se refleja en el apartado de estado del arte, a lo largo de los últimos años se han realizado numerosos estudios con el fin de mostrar si existe una relación entre la adicción a sustancias y el tipo de apego que tiene la persona que padece de éste consumo problemático. La idea de que haya una relación entre ambas variables nace en algunos casos de la propia experiencia de los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones, en especial, cuando se dan problemas a la hora establecer una alianza terapéutica con estos pacientes, y en otros casos donde se logra la comunicación y apertura por parte del adicto en tratamiento donde el propio individuo logra manifestar el origen de las conductas de consumo y las mismas se correlacionan con la propia dinámica familiar de la temprana infancia. De todos los estudios sobre los que se ha indagado para el presente trabajo final integrador, la mayor parte se muestran consistentes con las observaciones de los profesionales que trabajan en ámbito de las adicciones, estableciendo una relación entre consumo problemático de sustancias y el estilo de apego inseguro. No obstante, tal y como indican Becoña Iglesias et al. (2014), estos estudios no han utilizado el concepto de apego de la misma manera, por lo que las conclusiones deben tomarse con cierta cautela.

La perspectiva del modelo del apego permite comprender el modo en que la psicopatología, en este caso, del consumo problemático, puede desarrollarse y mantenerse en el vínculo familiar. Es a través de éste modelo que se puede comprender

la conducta problemática o peligrosa de una persona como adaptativa y que posee un propósito o significado. También de cómo se forman los lazos afectivos con otras personas y cómo ocurre la reproducción, es decir, cómo sobrevivir como especie. Focalizar una intervención terapéutica desde esta perspectiva permite integrar aspectos biológicos, psicológicos, familiares y comunitarios. integrando aspectos intra e interpersonales del individuo para comprender la relación entre lo que sucede a nivel psicológico y orgánico del paciente y cómo se relaciona con su entorno. Cómo se defiende la persona del peligro, cómo se auto referencia a sí misma, cómo maneja la información cognitiva y afectiva y cómo se autorregula, así como también encontrarle el significado al síntoma -el consumo- para buscar la salida al problema, el cual persistirá si sólo se tratara al síntoma. Focalizarse en lo adaptativo también permite ver qué situación de riesgo psicológico está afrontando el paciente, asumiendo que las conductas que éste ha adoptado son el resultado de cómo han aprendido a afrontar el peligro y los atajos que se producen en la historia temprana, dificultando la adaptación a los procesos de cambio (Milozzi y Marmo,2022).

Dada la definición de apego referida en el marco teórico, siendo éste una disposición pre-programada y que tanto éste como la crianza tienen fuertes raíces biológicas, los modelos operantes se derivan de éste vínculo e influyen en los patrones comportamentales de la persona, se constituyen en componentes centrales de la personalidad y tienden a mantenerse relativamente estables a lo largo de la vida. Esta continuidad se debe principalmente a la existencia de los modelos mentales acerca de uno mismo y del entorno, que se desarrollan en un contexto familiar estable (Bowlby, 1973).

Las conclusiones del estudio llevado a cabo por Schindler et al. (2005), utilizando el modelo de Bartholomew con adolescentes, muestran que el estilo de apego

inseguro es el que predominaba entre los participantes, lo que indica la existencia de una relación entre este estilo de apego y la adicción a sustancias. Estos autores destacan que los resultados obtenidos son consistentes con la distinción que hizo Bartholomew sobre los dos estilos de apego de carácter más evitativo -el devaluador y el temeroso-. De este modo, interpretan que el hecho de que se encuentre una relación entre la adicción a sustancias y el estilo de apego temeroso tiene un sentido, ya que aquellas personas que muestren un estilo de apego devaluador, tendrán más mecanismos que las personas con un estilo temeroso para hacer frente a la angustia que les generan las relaciones con los otros sin recurrir al consumo de sustancias, facilitando una posterior adicción a las mismas. Asimismo, estos autores encontraron cierta relación entre el estilo de apego temeroso y la presencia de un trastorno psiquiátrico. Esta comorbilidad podría estar indicando que el estilo de apego temeroso no guarda relación únicamente con la adicción a sustancias sino, de manera más general, con problemas psiquiátricos de distinta índole. Los investigadores tratan de explicar estos resultados partiendo de la posibilidad de que la adicción a sustancias proporcione a la persona de un estado mental que funcione como mecanismo defensivo que evite que la persona evalúe o vuelva a experimentar algún trauma de su pasado que sea demasiado confuso o doloroso. Por su parte, Schindler et al.(2005) realizaron una revisión bibliográfica de los principales estudios que relacionaban la adicción a sustancias y el estilo de apego, especialmente en adolescentes, aunque también mencionan algunos estudios cuyos participantes fueron adultos. Lo que estos autores encontraron fue que todos los estudios relacionan la adicción a sustancias con estilos de apego inseguro. Explican además que, para estos grupos, la adicción a sustancias se puede entender como una manera de lidiar con la falta de estrategias para sobrellevar distintas situaciones, es decir, como un intento de automedicarse para hacer frente a la angustia que sienten. De este modo, la adicción se

entiende como una forma de externalización, especialmente en adolescentes, tal y como hacen otros patrones de comportamientos problemáticos como la impulsividad o la asociación con otros jóvenes desviados, cuya finalidad es distraer a los adolescentes de las necesidades de apego no cubiertas.

4.4 PSICOTERAPIA DEL APEGO

Basándose en la Teoría del Apego, diversos autores han logrado utilizar la tendencia de los seres humanos a crear lazos afectivos para explicar y tratar condiciones tales como ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos sexuales, consumo de sustancias y trastornos de la personalidad.

Milozzi y Marmo (2021), proponen la formulación de caso desde la perspectiva del Modelo Dinámico Maduracional del Apego y la Adaptación, poniendo especial énfasis en la Entrevista de Apego Adulto. La formulación funcional de caso, propuesta por el DMM permite comprender la funcionalidad del síntoma dentro del contexto en el que aparece. Dentro de este proceso de evaluación y elaboración de hipótesis, se destaca la Entrevista de Apego Adulto como herramienta que brinda al clínico la posibilidad de conocer en profundidad la historia vincular del sujeto, los riesgos que debió afrontar, la forma en que se auto-refiere su experiencia, las situaciones de trauma o pérdidas no resueltas, sus capacidades reflexivas y la estrategia de apego que desarrolló. Define además que la DMM es una extensión de la teoría del apego de Bowlby y Ainsworth llevada a cabo por Patricia Crittenden en 1992. La autora sostiene que “las figuras de apego deben proteger y confortar a sus hijos cuando están estresados, enseñarles a protegerse y confortarse por sí mismos y alentarlos a afrontar gradualmente responsabilidades que les permitan expandir su zona de desarrollo próximo” (Crittenden, 2016, citado por Milozzi y Marmo, 2021, p. 133). Los padres sensibles, están

sincronizados con sus hijos y pueden interpretar adecuadamente sus señales, de forma que suavizan el malestar y contienen las ansiedades cuando el niño no lo puede. Otro concepto central para el DMM es el de procesamiento de la información (Bowlby, 1980; Crittenden y Landini, 2011; Tulving, 1979), es decir, la forma en que el cerebro percibe la información y crea representaciones del mundo a partir de ésta hacer por sus propios medios (Baim et al., 2022; Cassidy y Shaver, 1999; Fonagy, 2001).

El DMM describe tres estrategias básicas de apego: A, B y C, y es importante comprender que ninguna estrategia de apego es superior a otra, sino que cada una es la mejor en el contexto en el que aparece. Las estrategias a saber son: en la estrategia B, o balanceada, el individuo integra tanto la información cognitiva como la afectiva (tanto sus pensamientos como sus sentimientos, emociones y sensaciones corporales) a la hora de afrontar situaciones estresantes o interactuar con personas emocionalmente cercanas. Para que un niño desarrolle una estrategia de apego tipo B se requiere que los cuidadores actúen de forma previsible y logren interpretar y responder de forma adecuada a las señales y el estado mental que este presenta (Fonagy, 2001). Cuando esto sucede, el pequeño comprende que tanto la información cognitiva como la afectiva tienen valor predictivo para lograr protección, confort y seguridad (Baim et al., 2022). En cambio, la estrategia A funciona de forma que la persona se distancia de las personas significativas y de sus propias emociones displacenteras. Esta estrategia se desarrolla cuando el cuidador se comporta consistentemente de forma rechazante o indiferente frente a la expresión de necesidades del niño (Crittenden, 2012, 2014, 2016). En estas circunstancias, el infante aprende a confiar en la información cognitiva y externa y desconfía de la información interna, principalmente de sus emociones negativas como miedo, tristeza y enojo. Esto puede incluir el desconocimiento de la información somática como dolor, náuseas, sueño, etcétera. Cuando se usa esta estrategia de apego,

se ignora el malestar y se despliega un comportamiento valiente, de cuidado de otras personas, etcétera. En último lugar, la estrategia C, prioriza la información interna basada en el afecto sobre la externa y cognitiva. Se desarrolla en aquellas personas que tuvieron cuidadores con dificultades para actuar de forma previsible. Estas figuras de apego se comportan de manera que en ocasiones responden frente a la expresión de necesidad de los niños y en otras oportunidades no.

Ahora bien, es importante que, al formular el caso, definir en primer lugar el problema que requiere una intervención (Milozzi y Marmo, 2022). Este modelo considera que los síntomas pueden cumplir diferentes funciones en cada individuo, por lo que son imprecisos a la hora de diseñar un tratamiento (Crittenden, 2016). Para el DMM, una disfunción tiene tratamiento cuando genera malestar o pone en riesgo al individuo. El riesgo por sí mismo no genera psicopatología. Tampoco los aspectos genéticos o los adquiridos a lo largo del desarrollo pueden por sí mismos generarla. La disfunción es un proceso interpersonal que indica una falta de sincronía entre las necesidades de protección de la persona vulnerable y las respuestas de sus figuras de apego.

Siendo que la finalidad del apego es la de supervivencia, formación de estructuras de significado que den sentido a la experiencia y actúa como patrón vincular para relaciones posteriores, Crittenden (1992) sostiene que los padres tienen tres tareas : proteger a sus hijos de peligros y asistirlos con las tareas que no pueden hacer por sí mismos, enseñarles a protegerse y regular sus propias emociones y permitirles de acuerdo a sus capacidades ser cada vez más responsables, expandiendo su zona de desarrollo próximo de manera de prepararlos para insertarse en la sociedad. Ésta habilidad parental depende de la capacidad para colaborar entre ellos, ser contingente -con el temperamento y necesidades del niño-, y lograr una comunicación sincronizada

durante los primeros años de vida. Los padres sensibles a las señales infantiles, están sincronizados con el niño, responden al estado mental que éste presenta, calmando sus emociones y conteniendo las ansiedades que el niño aún no puede canalizar por sus propios medios. La co-regulación se da cuando la mente o cerebro de una persona -cuidador- influye en los de la otra persona -niño-, ayudándolo a regular sus pensamientos, sentimientos, percepciones y acciones. Cuando este procedimiento es exitoso, el niño aprende a regularse por sí mismo. Cuando ésta sintonía entre adulto y niño fracasa, éste se vuelve ansioso y se le hace difícil confiar en la predictibilidad de los eventos, desarrollando estrategias desafiantes como aislarse o volverse rígidos. En el otro extremo pueden verse desbordados por sus emociones de rabia, miedo, desesperanza o tristeza, entablando una relación coercitiva con sus cuidadores (Milozzi y Marmo, 2022).

Holmes (2009) desarrolla una terapia breve basada en el apego denominada BABI, dotándola de un marco integrador dentro del cual convergen diferentes modalidades terapéuticas. En éste tipo de terapia se busca examinar la base segura del cliente y posterior fomento de la función reflexiva con ejercicios psicodinámicos de protesta sana, asertividad y regulación del afecto, como parte de una terapia dialéctica de la conducta, utilizando métodos cognitivo-conductuales. Ésta terapia consta de diferentes fases, a saber:

Primera fase: contrato e implicación El terapeuta explica la estructura general de BABI en la cita acordada con el cliente.. Al comienzo, se acuerda un contrato de 10 sesiones de 45 minutos.. El cliente narra su historia de forma habitual, el terapeuta hace uso de la entrevista de escucha activa de Rogers y de reflejo. Se hace hincapié en

delinear el problema presentado y en lo que al cliente le gustaría que fuera diferente entre el estado actual y un estado deseado como resultado de la terapia (Holmes, 2009).

Segunda fase: solicitar material de la base segura Se recoge el historial psicoterapéutico habitual, pero informado por el estilo de cuestionamiento diseñado para la Entrevista de Apego Adulto. Se pide al cliente que describa a través del uso de cinco adjetivos, a cada uno de los progenitores o cuidadores relevantes y a continuación que describa una anécdota o incidente ilustrativo de cada uno (en esta instancia se va evaluando la narrativa del cliente). Se pregunta al cliente sobre las pérdidas y separaciones significativas durante la infancia, sobre los sentimientos de amenaza de los progenitores (relevante para el apego desorganizado); se le pregunta sobre sus experiencias infantiles en relación con sus progenitores, si éstas le han influido o afectado como adulto y seguidamente se le pregunta por qué cree que los progenitores se comportaron con él o ella de ese modo (examina la función reflexiva). Se observa además si ha sido puntual para la cita, si asiste a la consulta solo o acompañado, de qué modo ha entrado en el despacho, su apertura, proximidad o resistencia para narrar. El terapeuta hace uso de la contratransferencia para clasificar la proximidad/distancia del cliente. (Holmes, 2009).

Tercera fase: la formulación Habiendo ya recibido, al finalizar la primera sesión, el cuestionario sobre la base segura, el paciente se compromete a llevarlo ya completo para la tercera sesión. A partir de las respuestas plasmadas en la mencionada guía, se desarrolla una hipótesis preliminar sobre el estilo de apego del cliente, tratando de dilucidar de modo preliminar qué problema se ha presentado en términos del apego (Holmes, 2009).

Cuarta fase: rastreo de los dominios Se analizan los dominios que pudiesen requerir una atención particular. Los dominios sobre base segura, modelos internos de trabajo y capacidad reflexiva, son los más importantes para todos los clientes. Así mismo, pueden examinarse las pérdidas no resueltas usando un modelo de duelo guiado. Si se observa que el cliente tiene dificultades con la alegría y el disfrute, se puede recurrir a un modelo orientado hacia la autoestima y se le puede ayudar a visualizar actividades agradables y a examinarlas (Holmes, 2009).

Quinta fase: modificar los estilos de apego Para ello se utilizan diferentes técnicas terapéuticas, dado que no todos los clientes encajan exactamente con ninguna de las categorías de manera exclusiva, sino que con frecuencia se presenta una mezcla de diferentes relaciones de apego con diferentes cuidadores, madre, padre, abuelos. Para acceder a los modelos internos se utilizan las cogniciones, por medio de técnicas derivadas de la terapia cognitiva. El foco de atención se dirige siempre a las amenazas contra la seguridad, la respuesta emocional que acompaña a tales amenazas percibidas y el modo en que el cliente se maneja con tal respuesta. A continuación se buscan estrategias alternativas a las respuestas dadas. La finalidad de éste ejercicio es la de que el cliente pueda comenzar a comprender estos procesos, lo cual sirve como base segura interna, y tiene como objetivo favorecer la regulación emocional A medida que progresa la terapia, el cliente identificará las emociones como elementos subyacentes a los problemas presentados. (Holmes, 2009).

Sexta fase: competencia autobiográfica. El proceso terapéutico que conlleva el hablar de uno mismo, incita a la auto-reflexión Es por ello que puede ser de gran utilidad el recurso de solicitarle al cliente llevar una suerte de diario o bitácora en la cual pueda plasmar sus estados de ánimo, las dificultades por las que atravesara a lo largo de

su vida, puede incluir fotografías familiares sobre las cuales referenciar su experiencia, utilizar recursos creativos como pueden ser la música o dibujos para expresar sentimientos y representarse a sí mismo en relación con los demás y ser consciente de ésta representación (Holmes, 2009).

Séptima fase: finalización Al igual que muchas terapias breves, BABI concede mucha importancia a la negociación de la finalización de la terapia. La finalización constituye una oportunidad para observar el modo en que el cliente maneja la pérdida y la separación. Desde dos sesiones previas a la de finalización, se le va presentando al cliente la idea de una base interna segura y se lo anima a pensar en cómo se enfrentará a la situación una vez concluida la terapia (Holmes, 2009).

4.5 ABORDAJE INTEGRAL

Garbi (2021) propone presentar los lineamientos del modelo de abordaje integral comunitario para la atención del consumo de drogas, retomando el paradigma iniciado desde las ciencias sociales, la salud colectiva, la medicina social y la promoción de la salud, enfatizando el eje de trabajo en la dimensión comunitaria. La autora refiere que hay que pensar en las drogas desde el punto de vista relacional, no desde la sustancia en sí, siendo necesario enfocarse en los tres actores principales de éste fenómeno: las sustancias, el sujeto y el contexto. Siendo el contexto un factor determinante para la posible vinculación del sujeto con sustancias, pudiendo desencadenarse un consumo problemático o no. De este modo, se puede cuestionar la relación entre el uso de drogas y el consumo problemático, como así también la frecuencia, el lugar, con quiénes, de qué manera, si es un consumo que puede ser regulado, dependiendo del contexto micro o macro social, si existen redes y/o factores de protección, entre otras situaciones. El modelo de abordaje integral, implica la reducción de riesgos y daños, focalizando su objetivo en reducir la vulnerabilidad de los sujetos implicados con un fin terapéutico. Ello conlleva tanto acciones individuales como colectivas en los procesos de salud-enfermedad-cuidado, implicando llevar a cabo actividades de promoción y prevención de la salud y para reducir riesgos en todos los niveles de atención del sistema de salud (primario, secundario y terciario), de modo que que sean parte de la vida cotidiana de los sujetos. De esta manera, se comprende el proceso de salud-enfermedad-cuidado desde los derechos del sujeto teniendo en cuenta además tanto el sufrimiento como el dolor, construyendo una red social de apoyo para estos casos.

Con muchas similitudes a los lineamientos de la Ley de Salud Mental, en mayo de 2014 se promulgó la Ley 26.934, conocida como la Ley IACOP, que crea el Plan de

Abordaje Integral de Consumos Problemáticos. A partir de esta legislación se promueven ciertos cambios estratégicos en cuanto a la prevención, como ser la creación de centros comunitarios de prevención de consumos problemáticos, en determinadas zonas y que se encuentran abiertos incluso en en horarios nocturnos, asistencia que prioriza los tratamientos ambulatorios, y promueven la perspectiva de derechos en sus tratamientos y programas de reinserción laboral y educativa para quienes hayan tenido consumos problemáticos y se encuentren en una situación de vulnerabilidad social. Sin embargo, existen varios obstáculos como las resistencias ideológicas que asocian los trastornos de conducta y de salud mental al peligro y que naturalizan la internación como recurso inicial, la medicalización, la escasez de dispositivos de atención y recursos humanos que puedan afrontar la alta ambulatoria; como así también desde un plano político e institucional, la división de las instituciones y la escasa articulación entre hospitales, centros comunitarios, centros de día, paradores, escuelas entre otros dispositivos.

Desde la salud comunitaria se promueve la visión de la multifactoriedad que determina el consumo problemático, teniendo en cuenta no sólo a las sustancias., la individualidad de cada sujeto y la propia organización social, sino también destacando la importancia de llevar a cabo acciones de promoción y prevención de la salud en la comunidad incitando a la participación de la misma en la ejecución de proyectos e intervenciones; como ser en principio el aprender a identificar las condiciones que facilitan el acceso a las drogas, siendo primordial fortalecer la sensación de seguridad y destacando la importancia de las relaciones sociales que no hacen más que potenciar la individuación y autonomía en los sujetos., dado que el no relacionarse con el entorno dificulta la identificación o el sentido de pertenencia que tanta falta hacen a las personas vulnerabilizadas. Tenerlas en cuenta para incentivar y reproducir las actitudes de

cuidado, protección y seguridad, les otorgará la restitución y ejercicio de los derechos, Es por ello que hablar de abordaje integral excede un campo único de conocimientos o instituciones específicas y exige un abordaje interdisciplinario e interactoral (Garbis, 2021).

Retomando a Schnltmann (1995), el carácter de lo social es lo que imprime para este autor, que el tratamiento en una comunidad terapéutica implica, al mismo tiempo que un tratamiento, la generación de un problema; ya que -necesariamente prolongada- se vuelve preciso conseguir una readaptación al mundo normal, a la que categoriza como difícil y plagada de fracasos. Deriva en ello parte de la culpa a la propia sociedad, ya que el usuario ha sido visto como un condenado, una visión producto más de un registro moral, que de un criterio objetivo y científico. Este sentimiento ideológico de la sociedad influye consciente e inconscientemente, en los pacientes y sus familias, y en los mismos especialistas, según aclara Schnltmann; haciendo que se los sienta como pacientes incurables. Para Schnltmann quien padece el consumo es un neurótico que, si acepta su condición como tal, puede ver sus problemas psíquicos y por tanto entender que debe tratar su mente. Al comenzar a mejorar su neurosis , empieza a convertir la situación que anteriormente lo manejaba a él, en una situación manejable . Irá tomando las riendas de su vida. En cambio, si no madura psicológicamente, el resto de los tratamientos tienden a convertirse en meros parches que sirven por un tiempo hasta que por otro lado aparezca el caos en su vida. Un neurótico no es sino alguien que repite los mismos errores, y suele creerse perfecto, y es en los demás, donde tiene tendencia a ver reflejados sus propios errores. La neurosis está producida por conflictos inconscientes provenientes de la infancia, que se tratan mediante el psicoanálisis. Para que esta cura sea posible -en el caso del neurótico complicado con consumo problemático de sustancias- es necesario desarrollar tratamientos donde se articulen prácticas de terapia

individual, familiar y social que puedan manejar una variación amplia de indicaciones terapéuticas, incorporando en todas el trabajo inconsciente. Es por ello que asegura Schnltmann que en la medida en que se continúe en la experiencia clínica será posible tratar en forma ambulatoria y sin separarlos de su vida normal. Sólo se justificaría el ingreso a una internación/comunidad terapéutica por los problemas sociales que se generan alrededor del paciente; en parte porque los tratamientos ambulatorios carecen de la eficacia que puede esperarse de ellos. El consultante espera demasiado, viéndose a sí mismo como un condenado; y desde esa posición, espera encontrar en el especialista un milagro. Es por ello que asegura este autor que el tratamiento deberá realizarse en forma ambulatoria, en la mayor medida en que resulte posible, como corresponde a una neurosis, para el cambio de la imagen social del neurótico con síntoma de consumo problemático de sustancias.

4.6 COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La comunidad terapéutica se ha consolidado como el modelo clásico de tratamiento para el consumo problemático de sustancias. Si bien no se trata del único recurso con que se cuenta para el tratamiento, es el que se utiliza cuando ya los anteriores han fracasado, esto es, cuando el usuario se expone a situaciones de riesgo que no puede reconocer y evitar, mientras que la familia ya no es efectiva como factor de contención o cuidado, y, en caso de haber asistido a un tratamiento ambulatorio, no se ha logrado frenar el consumo. También se indica esta modalidad cuando es necesario realizar un tratamiento de deshabitación; se ha producido un episodio de sobredosis, o una reacción psicótica aguda como consecuencia del consumo (Cuatrocchi, 2007).

En la mayoría de los países de latinoamérica, dada la incertidumbre económica acaecida en los últimos años, se ha facilitado la proliferación de instituciones dependientes de la caridad y en consecuencia asociadas con organizaciones religiosas, que dotan a las instituciones destinadas a la recuperación de consumo problemático de sustancias de su propio marco ideológico-terapéutico, ésto sumado a la escasez de recursos económicos para atender esta problemática, ha tenido como consecuencia el cierre de muchas instituciones. Los centros de tratamiento organizados a partir de un abordaje multidisciplinario con un enfoque centrado en terapias psicológicas, sean éstas psicoanalíticas, sistémicas, o de otra orientación, requieren de un staff profesional muy amplio y altamente capacitado, que resulta muy costoso de mantener (Cuatrocchi, 2007).

La comunidad terapéutica es una modalidad de tratamiento residencial, cuyos orígenes se deben a Maxwell Jones, psiquiatra que trabajó en Inglaterra en la década de 1950 y lideró un movimiento que se fue gestando como oposición a la psiquiatría tradicional. En la organización habitual de los hospitales psiquiátricos el médico

psiquiatra ocupaba la cúspide de la pirámide, seguido hacia abajo en jerarquía por los otros profesionales, luego el personal de enfermería y en último lugar los pacientes, en la base, quienes no tenían ninguna capacidad de decisión acerca de su tratamiento, se los mantenía aislados, e incluso encerrados de por vida como pacientes crónicos (Cuatrocchi, 2007).

Con el objetivo de romper este aislamiento y la rigidez de sus estructuras, surgió este movimiento que se conoció como antipsiquiatría y cuyas características fundamentales fueron la búsqueda de la horizontalización de la relación médico-paciente, desde un modelo conocido como biomédico a uno denominado más adelante como biopsicosocial. Ello ante la necesidad de favorecer la reinserción social del enfermo psiquiátrico en recuperación. En primera instancia se optó por la asamblea diaria de pacientes y personal como medida para favorecer la relación horizontal médico-paciente. En el caso del consumo, la situación de encierro y la interrupción del consumo de drogas que se produce como consecuencia de la internación, obligan al sujeto a enfrentarse a la dependencia que padece, aunque ésta toma de conciencia no resulta suficiente para detener el consumo, es por ello que una vez superada la fase inicial del tratamiento, se debe ahondar en la búsqueda de cambios profundos a través de la resolución de la patología de base del paciente, a través de “un complejo proceso de concientización sucesiva que va obligatoriamente acompañado del desarrollo de recursos que llamamos yoicos” (Musachio de Zan, et al. , 1992, p. 162.). De la evolución de este proceso dependerá el éxito del tratamiento.

En la comunidad terapéutica, la horizontalización de la relación entre operadores terapéuticos, profesionales y pacientes, promueve la comunicación en un medio afectivamente continente y con reglas de convivencia claras, asegurando desde el inicio

del tratamiento, que el usuario participe activamente y de manera consciente de su propio tratamiento. Esto es para que él mismo pueda conectar con sus conflictos y dificultades, buscar comprender lo que le está sucediendo, conocer los sentimientos que lo impulsan a refugiarse en las drogas, y lograr que pueda hablar al respecto. Por esta razón, en el funcionamiento de una comunidad terapéutica, es fundamental la asamblea diaria, donde tanto operadores como profesionales y pacientes hablan de los conflictos surgidos durante el transcurso del día, de los sentimientos al iniciar el día y al finalizarlo, de la organización de las actividades cotidianas, el ingreso de nuevos usuarios y egreso de otros tantos ya sea por haber alcanzado el grado de sanidad esperado para concluir el tratamiento o por abandono del mismo, y todo tipo de cuestiones relacionadas con la vida cotidiana de ellos mismos y la institución. Se trata de poner en palabras las dificultades y problemas que surgen tanto entre los mismos usuarios del sistema como de ellos para con los operadores y/o profesionales a cargo, desechando el discurso autoritario de quienes históricamente fueron depositarios del saber y que siempre dispusieron de los internados, como depositarios de la enfermedad mental. En el funcionamiento de las comunidades terapéuticas, al ser una modalidad residencial, la convivencia es la característica básica. Teniendo en cuenta que el lazo social de sus miembros es inexistente o está gravemente deteriorado y que el restablecimiento de estos lazos es un objetivo central, es sumamente importante que las reglas de funcionamiento sean pocas, claras, precisas y conocidas por todos. Las reglas con las que cada institución se maneja son variables, y dependen de la ideología y del marco teórico en el que la misma se sustenta, pero hay normas básicas que se encuentran presentes en el trabajo de todas las comunidades, y que podrían resumirse en las siguientes: 1. Ni drogas, ni alcohol en la institución. 2. No sexo en la institución. 3. No violencia, tanto hacia las personas como hacia la casa. Estas reglas básicas de

convivencia permiten fijar los límites entre lo que está permitido y lo que no. Queda claramente establecido que en el caso de que estas normas sean transgredidas, quien lo haga deberá hacerse cargo de las consecuencias, que pueden llegar hasta la expulsión de la institución. Estas normas, que son fundamentales para el encuadre del tratamiento, pueden ser discutidas pero no cambiadas. A estas normas básicas, sobre las que se sostiene el trabajo cotidiano, se agregan otras reglas que las complementan en la organización del funcionamiento institucional, y se refieren a distintos aspectos de la vida diaria y a las relaciones entre los integrantes de la comunidad, como serían, por ejemplo, las que atañen a los horarios y su cumplimiento, la administración del propio dinero, la forma de vestirse, el lenguaje y el modo de hablar con los compañeros y profesionales, la prohibición o no de fumar cigarrillos y su regulación, la organización de las visitas, la realización de las actividades obligatorias y las optativas y su cumplimiento. La existencia de límites claros permite actuar dentro de los mismos con seguridad, y da un marco de contención que promueve el control de la ansiedad y la impulsividad. En el caso de sujetos cuya vida se ha caracterizado por la falta de normas estables, como sucede con los adictos, les ofrece un medio organizado; y para quienes frecuentemente han sido víctimas de los dobles mensajes y mentiras familiares que les han generado confusión y desconfianza en la relación con los otros, les permite establecer vínculos más estables y confiables. Por último podemos decir, con relación a las normas comunitarias, que si bien hay un acuerdo general en que es muy importante establecer normas básicas que encuadren el trabajo terapéutico, consideramos que también es posible y conveniente que algunas de las reglas puedan ser discutidas y modificadas de acuerdo a las características de la población, y consensuadas entre todos: los pacientes y el equipo profesional (Cuatrocchi, 2007).

La comunidad terapéutica debe hallarse en una permanente supervisión del trabajo de los miembros del equipo operativo y profesionales como así también de la evolución del tratamiento de los pacientes. Para ello es fundamental que entre los miembros del staff la información circule fluidamente, y se actualice y evalúe permanentemente la evolución que diariamente presenta cada paciente, utilizando para este fin tanto las reuniones de equipo como las entrevistas, con el objetivo de prevenir las crisis que con frecuencia se presentan durante el tratamiento, tratándose de pacientes muy lábiles con una fuerte proclividad al acting out. El usuario de éstas comunidades es un paciente difícil de tratar, presenta dificultades para establecer una alianza terapéutica sólida pudiendo generar con sus actitudes sentimientos de frustración en los profesionales que lo tratan.. Sería importante que la institución esté integrada a un sistema de salud que ofrezca distintas opciones de tratamiento para los distintos momentos del proceso de recuperación. “Una red ideal debería estar constituida por instituciones de internación ideal debería estar constituida por instituciones de internación, de cura ambulatoria, de post-cura -casas de medio camino-, comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda y tratamientos individuales y familiares. Esta red, si está bien instrumentada y funciona, permite ofrecer constantemente al adicto un lugar y una persona con la que pueda crearse un vínculo estable, un marco de contención” (Musachio et al. (1992), pp. 314).

Prácticamente todas las actividades individuales y colectivas en la comunidad terapéutica se desarrollan en espacios públicos, ya que vivir y trabajar en una comunidad abierta ayuda a disuadir del aislamiento personal, promover la solidaridad de los residentes y las relaciones interpersonales, incentivar el trabajo en equipo a través de la laborterapia planificada para cada uno de los espacios comunes de modo que se fomente además la responsabilidad propia y compartida. Dadas estas características de

convivencia, se comienza a valorar la intimidad individual, devenida en un privilegio a lograr en base al crecimiento social y psicológico del individuo. El tiempo y el espacio privados se incrementan gradualmente en proporción directa con el avance en el grado de salud del residente, su aceptación de responsabilidades crecientes y su responsabilidad probada ante la comunidad (De León, 2004).

Una vez que el paciente ha ingresado en la comunidad terapéutica, debe transitar un proceso de recuperación en el que se pueden distinguir algunas etapas. La etapa inicial, de adaptación e integración al dispositivo terapéutico, durante la cual permanece en la institución todo el día sin salir por el plazo aproximado de tres meses, aislado del mundo externo a excepción de las situaciones que ameriten la interrupción del aislamiento como por ejemplo asistir a un nosocomio por necesidad de atención médica. Según el programa de que se trate, la duración de un tratamiento puede extenderse desde un mes hasta un año y medio; y también según este programa, puede o no incluir la prohibición de relacionarse con los familiares. En la etapa final, previa al egreso, en una etapa denominada pre fase, el objetivo sobre el que se trabaja particularmente es el logro de la reinserción social y un egreso responsable, ya sea con un proyecto escolar y/o laboral en desarrollo, dentro de lo posible. Durante esta fase, el paciente permanece progresivamente más tiempo fuera de la institución desarrollando tareas que dentro de la misma, ya que ha ido dejando actividades terapéuticas dentro de la comunidad por otras propias de la reinserción social, y quedándose muchas noches a dormir fuera de la comunidad. En algunas comunidades, llegada esta etapa, cuentan con casas de reinserción, situadas en zonas más cercanas a las ciudades, donde incluso se les provee de ocupaciones temporales donde puedan adquirir el conocimiento en diversos oficios que les permitan mayor idoneidad a la hora de encontrar un trabajo estable una vez concluido el tratamiento (De León, 2004).

En la comunidad terapéutica, durante el día se organizan distintas actividades y talleres que a través de diferentes propuestas tienden al logro de objetivos comunes, tales como que el paciente pueda tomar conciencia de sus dificultades, aprenda a hablar sobre lo que le sucede, escuchar al otro, cuidar de sí mismo; crear vínculos solidarios aprendiendo nuevas formas de relacionarse para lograr un cambio de actitud que implique un fortalecimiento de la autoestima, valorándose a sí mismo y a los demás. Se trata de que modifique el modo de vincularse de manera asertiva y pueda prescindir de las mentiras y manipulaciones que utilizan los adictos para relacionarse con las otras personas. Las asambleas comunitarias que se organizan diariamente, y que a veces pueden ser dos: una por la mañana, para coordinar y planear las actividades del día, compartir los sentimientos o pensamientos que tuvieron al despertar, y otra por la noche, para evaluar el desarrollo del día transcurrido; aquí participan los pacientes y el personal que se encuentra en la institución, y durante las mismas se plantean todas las cuestiones relacionadas con el acontecer cotidiano y los problemas e inquietudes que se pueden haber suscitado, tanto en la realización de las tareas como en la interrelación personal (Cuatrocchi, 2007).

Existen ciertos rasgos que identifican el programa de la comunidad terapéutica, como ser la mesa del conserje, las tablas estructurales, los símbolos en las paredes y los artículos decorativos, entre otros. La mesa del conserje constituye el portal de entrada y salida de la comunidad terapéutica, y es desde allí que se monitorea la totalidad de las instalaciones. Este puesto estará ocupado por el denominado staff, que no son más que los residentes más avanzados en el grado de salud, que ya han pasado por las etapas iniciales del tratamiento y se encuentran en pre fase (previos al alta y próximos a las actividades destinadas a la reinserción). Éstos han de estar atentos, teniendo como misión arbitrar las entradas y salidas de la comunidad (ya sean profesionales, nuevos

residentes, familiares, proveedores, etc.), como así también tienen a cargo la tarea de administrar los teléfonos de los usuarios, repartir el correo, saludar, registrar y orientar a todos los visitantes. Mantiene la vigilancia durante las 24 horas bajo la supervisión de los miembros de la dirección, registrando en una hoja diaria los nombres de todos los visitantes, las horas de sus llegadas y salidas, y sus destinos dentro de las instalaciones. Es un puesto altamente valorado que, como las demás funciones de la comunidad, tiene elementos educativos y terapéuticos, funcionando además como un entrenamiento para los pre fase en las habilidades de gran relevancia en casi cualquier clase de trabajo futuro y fuera de la comunidad una vez rehabilitados. Los requerimientos y responsabilidades del puesto refuerzan inherentemente el sentido de pertenencia y afiliación del usuario al programa. Las características necesarias para trabajar en este puesto se han ido adquiriendo a lo largo del tratamiento, dado que es necesario tener un alto grado de madurez, responsabilidad, eficiencia y mantener un comportamiento adecuado. Dentro de los roles mencionados anteriormente, deben además transmitir tanto a los residentes en etapas iniciales como a los visitantes, la imagen de auto-control activo, el orden en las instalaciones, y el optimismo acerca del potencial de la recuperación (De León, 2004).

En las paredes tras la mesa del conserje o junto a ella se encuentra un tablero a modo de organigrama que detalla la estructura de la comunidad terapéutica en base a los miembros del personal, clasificados por cargo/rol y los nombres respectivos de quienes los ocupan, las actividades y el funcionamiento a los efectos de plasmar visualmente la estratificación de los miembros en todas las instalaciones, sus identidades, su posición en la comunidad o status en el programa, y el punto en que se encuentran. Normalmente, contiene una lista de los nombres y posiciones de los miembros del personal, el nivel de los residentes, o la etapa del programa en la que se encuentran (supervisor, coordinador,

coordinador general, staff, pre fase, fase, etc.), y su trabajo o función laboral (economato, mantenimiento del parque, carpintería, limpieza, etc.). Se podrán realizar esquemas adicionales con los horarios diarios de actividades planeadas; una actualización diaria de la población, la contabilidad de la casa, y las citas (legales, médicas, etc.); los permisos; los nombres de los nuevos admitidos; y los abandonos recientes. Estas tablas estructurales son utilizadas como refuerzo visual y que los residentes adoptan de la comunidad y su afiliación al programa. La lista de nombres facilita el reconocimiento de las personas en la comunidad; recordar horarios y tareas encomendadas y la estratificación de status y ubicación ayuda al usuario a visibilizarse a situarse a sí mismo dentro de la comunidad. Con el tiempo, también proporcionan una imagen dinámica dentro del programa al mostrar quién ha avanzado y hacia dónde lo ha hecho, una nueva tarea de laborterapia o trabajo fuera de las instalaciones, constituyéndose en elementos esenciales del entorno terapéutico. Los mensajes de recuperación de hábitos saludables y modales permanecen, a la vista de todos, para recordar enseñanzas de la comunidad terapéutica y proporcionan refuerzos silenciosos y continuos a los residentes. Proporcionan una idea sobre la que el individuo podrá reflexionar mientras se mueve por las instalaciones (De León, 2004).

Además de la atención de su salud mental, es necesario pensar, para los pacientes más graves, que una vez superada la etapa de internación deberán incorporarse a lugares de trabajo protegidos que les permitan obtener sus propios ingresos y lograr su autonomía, a partir del momento en que empieza a plantearse la proximidad del alta, ya que excepto en los casos en que exista una seria discapacidad, todas las personas tienen derecho a acceder al trabajo. Sin embargo, teniendo en cuenta que se trata de sujetos que no están en condiciones de desempeñarse en un ambiente altamente competitivo y exigente como es el medio laboral habitual, se requiere de un ámbito más cuidado,

acorde con sus capacidades, que les permita desempeñarse laboralmente en forma satisfactoria. Con el objetivo de cubrir la necesidad de reinserción social de los pacientes, y partiendo del principio de que el trabajo si es satisfactorio es en sí mismo terapéutico, ya que incentiva la colaboración, la responsabilidad y la autonomía, en muchos proyectos de comunidad terapéutica está contemplada la generación y organización de emprendimientos laborales propios, que por un lado ofrecen un espacio de capacitación laboral, y por otro son una fuente de ingresos económicos (De León, 2004).

METODOLOGÍA

El presente Trabajo Final Integrador ha tenido como objetivo conocer desde la dinámica familiar o de los cuidadores y las relaciones de apego mantenidas con el infante, que pueden derivar en el desarrollo de una situación de adicción según sea el modelo de apego predominante. Para llevar adelante la investigación se trabajó con un diseño teórico de revisión bibliográfica elaborado por Losada et al. (2022), el cual no sólo permite analizar dentro de las clasificaciones vigentes de métodos en psicología, aquellos postulados tanto teóricos como empíricos cualitativos, cuantitativos y mixtos; sino que además, más allá de las clasificaciones vigentes, ésta manera de codificar el diseño ha permitido incorporar investigaciones actuales a medida que la ciencia avanza sobre las temáticas de investigación, la inclusión de estudios de revisión y de carácter mixto.

Para ello se utilizaron fuentes de acceso a la información primaria, secundaria y terciaria. La información obtenida de fuentes primarias se obtuvo de investigaciones y trabajos originales y publicados; de las fuentes secundarias se tuvieron en cuenta las bases de datos y motores de búsqueda Google Scholar, Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (REDIB), Directorio de Revistas de Acceso Abierto (DOAJ), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y del Portal Regional en Salud Organización Panamericana de la Salud. La búsqueda se amplió con el acceso a la página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), obteniendo de la misma las estadísticas más actuales en relación al suicidio; como fuentes terciarias se recurrió a la Biblioteca de la Universidad de Flores.

En lo referente al criterio de inclusión, primero se realizó un recorte desde el área lingüística, seleccionando documentos de habla hispana. En segunda instancia, se llevó adelante un recorte geográfico, tomando en cuenta los antecedentes pertenecientes a la zona Latinoamericana, y por último se seleccionaron, en su mayoría, aquellos pertenecientes a los últimos 20 años de publicación.

En la búsqueda se tuvieron en cuenta las palabras claves: apego, familia dinámica familiar y consumo problemático. Excluyendo la información referente a adicciones, estadística sobre éstas, factores de riesgo de las adicciones y consumo problemático en la edad adulta. La exploración se organizó comenzando por la temática central del apego, la dinámica familiar y el acceso al consumo problemático de sustancias. De los hallazgos obtenidos en los artículos relevados se confirma la relación existente entre vínculos de apego en la infancia y regulación emocional en las distintas etapas de la vida. También se encontraron correlaciones entre los distintos tipos de apego inseguro y diferentes padecimientos psicológicos como los trastornos de ansiedad, la depresión, la somatización, el TOC, el trastorno límite de la personalidad e incluso el riesgo de suicidio. Este último estaría relacionado al hecho de haber experimentado situaciones traumáticas, principalmente abuso sexual y maltrato infantil en sus distintas formas. Asimismo, los estilos inseguros de apego se relacionaron con la obesidad y uso problemático de alcohol, sustancias, internet y la violencia conyugal.

5. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Luego de la exposición de la diversidad de bibliografía científica sobre la cual se realizó éste trabajo de investigación de revisión, ha podido concluirse que la carencia de herramientas de regulación emocional es uno de los factores determinantes para la adquisición de conductas de consumo problemático, pudiendo agregar además, que incluso hasta más determinante que el contexto en el que se origina el consumo (Cócola Coria, 2020; Ceberio, 1998; Cornellà-Font, et al., 2019; Schindler et al, 2005). Si bien los factores de riesgo incluyen la curiosidad, la relación con el grupo de pares en la edad adolescente, la búsqueda de una mejora en el rendimiento físico y/o intelectual o el alivio del estrés, es claro que no todas las personas bajo los mismos estresores o influencias ambientales acceden a probar siquiera una sustancia. Asociada a esta falta de regulación emocional ante los estímulos que se presenten, se encuentra una condición prevalente en aquellos jóvenes en los que las figuras parentales, que aun en la edad adolescente continúan siendo referentes, no representan un apoyo hacia los mismos o bien se encuentran sobre protegidos (Cornellà-Font, et al., 2019). Teniendo en cuenta que la regulación de las emociones y las respuestas a los estímulos del ambiente se desarrollan a partir del año de vida por medio de las relaciones de apego, también lo hace la función reflexiva, que le otorga al ser humano la capacidad de representar sus pensamientos y emociones propias como la de los demás y cuya incidencia es determinante en la regulación de las emociones (Gratz y Roemer, 2004). Siendo que las funciones básicas del apego son la de supervivencia y la formación de estructuras de significado que permiten interpretar la experiencia, es a través de la calidad del vínculo con el cuidador que se empezó a explorar el mundo, y esa consistencia de los cuidados es un factor predictor de salud mental o psicopatología (Milozzi y Marmo, 2022). Así mismo, siendo en la adolescencia el momento de transición hacia la edad adulta y donde

se consolida finalmente el autoconcepto sobre sí mismo, carecer de una correcta regulación emocional, que permita brindar respuestas adecuadas a los estímulos del entorno, derivará en gran medida en la búsqueda de contención pudiendo llegar a refugiarse en el consumo de sustancias (Còcola Coria, 2020; Cornellà-Font, et al., 2019).

En relación a las opciones de tratamiento una vez instalado el consumo problemático de sustancias, se considera de mayor efectividad, la comunidad terapéutica, que debido a la organización y regulación entre los propios miembros, quienes en mayor, igual o menor grado de salubridad, conforman una estructura similar a la de una socialización familiar, donde existen reglas para la comunicación, instauración de hábitos saludables y que a través de las medidas dirigidas a la reeducación del individuo, en gran medida pueden compararse a la función mediadora de los primeros cuidadores de la infancia, adquiriendo además herramientas comunicacionales, habilidades sociales y pudiendo, a través de los grupos destinados a tal fin, comenzar a abrirse al diálogo, a compartir pensamientos, emociones y experiencias con los demás (Cuatrocchi, 2007). El término adicción infiere el no hablar, no decir; es por eso que se constituye fundamental la herramienta de los grupos de diálogo donde el usuario de la comunidad no se sienta juzgado o analizado desde una perspectiva superior. El solo hecho de conversar con sus pares sobre temas disparadores, constituye parte importante hacia en el avance en el grado de salud.

6. DISCUSIÓN

Si bien el consumo problemático es un acto individual, cuyo fin de la gestión es la búsqueda y huida a la vez (Dethlefsen y Dahlke, 2004), se considera que cuando el individuo comienza a buscar luego deja pronto de hacerlo porque se ha conformado con un sucedáneo. El sujeto en consumo proyecta su afán de búsqueda en algo que ya ha encontrado en el camino y ahí termina la búsqueda. Trata de saciar el hambre con más y más del mismo sucedáneo y no advierte que cuanto más come más hambre tiene. Se intoxica y no advierte que se ha equivocado de objetivo y que debería seguir buscando. Cae en el consumo quien se acobarda ante las nuevas experiencias. Las sustancias psicoactivas dan la impresión de mejorar el rendimiento, lo cual puede proporcionar mayor éxito y por lo tanto reconocimiento. La búsqueda de éxito siempre es búsqueda de amor. El ansia de amor. El abuso de alcohol que suele darse juntamente con el consumo de estas sustancias pretende ser lo que adormece los conflictos, se busca el calor humano borrando las diferencias sociales, barreras e inhibiciones muchas veces para contrarrestar la dificultad que el adicto ve en las condiciones presentes y evadir la realidad. Sin embargo ésta adicción tiene un impacto inmediato sobre la dinámica familiar, repercutiendo directamente en los vínculos que los corresponden. Cuando sucede, se vive intrafamiliarmente, un momento de profunda crisis que afecta el equilibrio de la familia. Es apremiante que los profesionales psicólogos puedan tener un rol proactivo, promoviendo un acompañamiento saludable a los integrantes del sistema familiar, asistiendo las necesidades de la nueva realidad que sorprende a la familia.

6.1 APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La teoría del apego ha aportado un mejor entendimiento de la evolución psicopatológica. Relacionar los estilos de apego aprendidos con el grado de regulación emocional que éstas poseen, permite diseñar estrategias de afrontamiento ante acontecimientos estresantes que finalmente se convierten en estrategias de adaptación. A su vez permite comprender mejor la historia del paciente en consumo para forjar un espacio terapéutico más seguro y funcional.

La terapia del apego intenta fomentar ambientes de apego seguro durante la relación terapeuta-paciente. El apego seguro se fundamenta en la receptividad emocional, la empatía y el apoyo incondicional. Repercute en una mejor gestión emocional, mejor autoestima, mayor autonomía, relaciones interpersonales más sanas, etc. De esta forma, el paciente accede a un modelo más funcional que el que había integrado en su día a día, y descubre nuevas formas de ubicarse en el mundo y en su propia vida que le permiten ser más flexible en sus respuestas frente al estrés. En definitiva, encuentra un modelo más adaptativo que no experimentó, o con el que tuvo muy poca relación, durante su infancia.

En relación a los pacientes en consumo problemático, contribuye además a la percepción de sí mismo como un ser humano que tiene una nueva oportunidad, despojándose de los calificativos negativos sobre sí, ahondando en la generación de sentimientos positivos y de amor propio.

6.2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Uno de los mayores limitantes de la investigación ha sido la ausencia de investigaciones relacionadas en comunidades terapéuticas sobre las relaciones tempranas de apego en los usuarios de dichos sistemas. Si bien se ha propuesto como el dispositivo más eficiente para el tratamiento del consumo problemático por su dinámica similar a la de la familia primaria, cotejar con una investigación realizada al respecto hubiese complementado el objetivo general de la investigación.

6.3 PROPUESTA DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Como propuesta de proyecto de intervención, incluiría en las comunidades terapéuticas, el abordaje de la teoría del apego como complemento del tratamiento que allí se lleva a cabo. Tengo entendido que en la mayoría de estas comunidades, las terapias psicológicas se llevan a cabo independientemente del objetivo de la institución, esto es, quienes deseen recibir atención de un profesional de la salud mental ha de tener entrevistas por fuera de la misma, ya que no todas las comunidades terapéuticas poseen los recursos para contar con este tipo de profesionales. Actualmente se encuentran claramente diferenciadas aquellas comunidades como la descritas en el presente trabajo de revisión, de aquellas institucionalizadas desde el área de salud mental, ya sean de gestión pública o privada, con la diferencia de que en éstas la atención psicológica y psiquiátrica se encuentra incluida dentro del programa de intervención. Sin embargo, carecen por otro lado, de las características vistas como positivas mencionadas para las comunidades terapéuticas.

Sería factible la utilización la entrevista de apego adulto como herramienta que brinda al clínico la posibilidad de conocer en profundidad la historia vincular del sujeto, los riesgos que debió afrontar, la forma en que se auto-refiere su experiencia, las situaciones de trauma o pérdidas no resueltas, sus capacidades reflexivas y la estrategia de apego que desarrolló. Esto llevado a cabo por un profesional de la salud con la debida experiencia, por ello no debiera ser llevado a cabo por alguien que no esté formado académicamente para tal fin. Esta capacidad para la escucha precisa y sensible es un ingrediente crucial de una psicoterapia satisfactoria. No sabemos con certeza los ingredientes efectivos de la psicoterapia. El debate siempre se centra en tres amplios factores –contención, insight y nueva experiencia– diferentes autores enfatizan una u

otra como especialmente importante (Bateman y Holmes, 1995). En términos de apego, la contención se considera equivalente a la base segura.

En la Situación del Extraño, mencionada en el marco teórico del presente trabajo, la habilidad del cuidador de resistirse a la protesta y de ayudar al niño a restablecer la base segura tras una separación breve es una señal de apego seguro. De manera similar, la terapia se caracteriza por una serie de separaciones -al finalizar las sesiones predeterminadamente y secuenciar los descansos- y reencuentros, y dentro de las sesiones por malentendidos, representaciones de poca importancia, seguidas por resoluciones con la consecuente profundización de la empatía. Esta ruptura y reparación de la alianza es una técnica terapéutica importante, y proporciona una experiencia completamente diferente ante las arraigadas e inseguras respuestas con las que el paciente pudo hallarse previamente, y que en la vida adulta ha colaborado en crear. La capacidad de reparar la alianza es fundamental para la autoestima y para el funcionamiento interpersonal efectivo (Holmes, 2009).

REFERENCIAS

- Andersen, S. L. y Teicher, M. H.. (2009). *Desperately driven and no brakes: developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse*. *Neurosci Biobehav Rev*, Apr, 33, 516-24.
- Baim, C., Guthrie, L., Loh, E. y Bhogal, K. (2022). *Attachment-based practice with children, adolescents, and families* [Práctica basada en el apego con niños, adolescentes y familias]. Pavilion Publishing.
- Bateman, A. & Holmes, J. (1995) *Introduction to Psychoanalysis: Contemporary Theory and Practice*. Routledge.
- Bartholomew, K., y Horowitz, L. M. (1991). *Attachment styles among young adults: a test of a four-category model*. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Becoña Iglesias, E. (2014) *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. Madrid
- Bertini, M. C., Busaniche, J., Baquero, F., Eymann, A., Krauss, M., Paz, M. y Catsicaris, C. (2015). *Adaptación transcultural y validación del test CRAFFT como prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias en un grupo de adolescentes argentinos*. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(2), 114-118.
- Bleichmar, S. (2007) *Acerca de la subjetividad*. [Desgrabación de la conferencia realizada en la Facultad de Psicología de Rosario] Repositorio Universidad Nacional de Rosario. <https://silviableichmar.com/articulos/>

Bowlby, J. (1995) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*.

Paidós.

Bowlby, J. (1980) *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Apego y Pérdida, Vol.3.

Nueva York. Basic Books.

Calderón-Romero, E. y Cáliz-Romero, (2015) *Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autorreflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal*. Rev. Gerenc. Polít. Salud, 14(28), 123-141.

Cañari Blas, N. (2021). Consumo de sustancias psicoactivas y estilos de apego en estudiantes universitarios. Tesis para obtener el título de grado. Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.

[CAÑARI BLAS NICOLE HAYDEE \(1\).pdf \(pucp.edu.pe\)](#)

Cassidy, J. y Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* [Manual de apego: teoría, investigación y aplicaciones clínicas]. Guilford Press.

Cócola Coria, F. (2020). *Apego, regulación emocional y funcionamiento familiar en adultos por consumo de cocaína*. [Tesis Doctoral, Universidad de Flores].

Repositorio Institucional de la Universidad de Flores.

<https://repositorio.uflo.edu.ar/server/api/core/bitstreams/c8d720d3-0ae1-468a-abd7-e8d375630fa4/content>

Cornellà-Font, M. G. Viñas-Poch, F. Juárez-López, J. R. (2020). Risk of addiction: Its prevalence in adolescence and its relationship with security of attachment and self-concept. *Clínica y Salud*, 31 (1), 21-25.

- Crittenden, P. y Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic maturational approach to discourse analysis* [Evaluación del apego adulto: un enfoque madurativo dinámico para el análisis del discurso]. Norton.
- Cuatrocchi, E. M. (2007). *La adicción a las drogas: su recuperación en comunidad terapéutica*. Espacio Editorial. <https://elibro.net/es/lc/uflo/titulos/67008>
- De León, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones: teoría, modelo y método*. Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/uflo/titulos/47715>
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (2004). *La enfermedad como camino*. Ed. Debolsillo
- Fairbairn, C., Briley, D., Kang, D., Fraley, R., Hankin, B., y Ariss, T. (2018). *A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security*. *Psychological bulletin*, 144(5), 532.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis* [Teoría del apego y psicoanálisis]. Other Press.
- Garbi, S. (2021). Consumos de drogas: la atención desde un modelo de abordaje integral y comunitario. *Revista Argentina de Medicina*. Editorial: Sociedad Argentina de Medicina. Repositorio Institucional CONICET Digital. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/157227>
- García, F. y Musitu, G.(1999) *AF5: Autoconcepto - forma 5*. TEA Ediciones.
- Gratz, K. y Roemer, K. (2004). *Difficulties in Emotion Regulation Scale* [Escala de dificultades en la regulación emocional] *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 26(1). p. 41-54

- Hayatbakhsh, M. R., Mamun, A. A., Najman, J. M., O'Callaghan, M. J., Bor, W. y Alati, R. (2008). *Early childhood predictors of early substance use and substance use disorders: prospective study*. *Aust N Z J Psychiatry*, Aug, 42, 720-31.
- Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa Sánchez-Garnica, D. y Pérez Álvarez, M. T. (2009). *La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático*. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base seguro*. Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/uflo/titulos/47885>
- Jiménez, D. (2018). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Relación de evaluación del apego en jóvenes y adultos de Lima* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima. Recuperado de https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/623992/Jimenez_CD.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Kelly, G. (2001). *Psicología de los constructos personales: textos escogidos*. Paidós.
- Kerman, B. (2015). *Nuevas Ciencias de la Conducta: las herramientas del cambio*. Editorial Universidad de Flores.
- Llamosas-Falcón, L., Manthey, J. y Rehm, J. (2022). *Cambios en el consumo de alcohol en España de 1990 a 2019*. *Adicciones* 34(1), 61-72. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1400>

Losada, A., Zambrano Villalba, M. C. y Marmo, J. (2022). Clasificación de métodos de investigación en psicología. *Psicología Unemi*, 6(11), 13-31.

<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>

Maffioletti Celedón, F., Díaz Padilla, V. y Puhl, S. M.. (2019). *Psicología Jurídica, Derechos Humanos y Derecho Penal*. Ediciones de la U.

<https://elibro.net/es/lc/uflo/titulos/127080>

Milozzi, S. (2018). *Trastorno Negativista Desafiante y Apego: Factores específicos de la conducta parental concordantes con la presencia de factores*

comportamentales congruentes con el trastorno negativista desafiante. [Tesis

Doctoral. Doctorado en Psicología. Universidad del Salvador]

<https://racimo.usal.edu.ar/6805/>

Milozzi, S. y Marmo, J. (2021). Revisión sistemática sobre la relación entre apego y regulación emocional. *Revista Psicología Unemi*, 6, (11), 70 - 86.

<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp70-86p>

Musachio de Zan, A., Casarino, E., García, B., Ortiz, J., y otros (1992).

Drogadicción. Paidós, 1992.

(2022a). Sistema Nacional de Información sobre Consumos de sustancias.

Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentinode-drogas/documentos-guía>

Ocampo, J. H. C., y Buritica, M. C. A. (1995). *Elementos básicos para el abordaje de la familia con problemas psicosociales*. Gobernación de Caldas.

Organización Mundial de la Salud (2019). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012.
<https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>

Organización Panamericana de la Salud. [Abuso de sustancias - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

Pérez de Albéniz-Garrote, G., Rubio-Rubio, L. y Medina-Gómez, B. (2018). *Papel moderador de los estilos parentales en la relación entre la impulsividad y el consumo de alcohol en una muestra de adolescentes españoles*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 23, 47-57.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19097>

Pino Bonacho, A, (2023). *Teoría del trauma, experiencias traumáticas y apego*.
<https://terapeuticaenlza.es/blog/>

Piñas Mesa, A. y Chivato Pérez, T. (2020). *Las adicciones de ayer y hoy: hacia un enfoque humanista en el tratamiento de las adicciones*. Dykinson.

Pitillas Salvá, C. y Berástegui Pedro-Viejo, A. (2018). *Primera Alianza: fortalecer y reparar los vínculos tempranos*. Editorial Gedisa.
<https://elibro.net/es/lc/uflo/titulos/120605>

Rey-Brandariz, J., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M. I., Fontela, B., Malvar, A. y Hervada, X. (2024). *Consumo de alcohol y caracterización de los bebedores problemáticos en Galicia*. Adicciones, 36(1), 11-20.

- Roche, R. (2006). *Psicología de la pareja y de la familia: análisis y optimización*.
Universidad Autónoma de Barcelona. 2da Edición. Ballaterre.
- Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Kuestner UJ, Eckert J. (2005)
*Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in
drug dependent adolescents*. *Attach Hum Dev*. 2005;7:207–228.
- Schnltmann, L. (1995). *Tratamiento de las drogodependencias: heroína, cocaína,
alcohol, tabaco, sintéticos*. Grupo Cero.
<https://elibro.net/es/lc/uflo/titulos/204144>
- Trujillo Segrera, M. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos. *Centro Sur*, 3(2),
14-26.